



**UNILA**  
Universidad Latina

**UNIVERSIDAD LATINA S. C.**

---

---

**3344-25**

**IDEACIÓN SUICIDA EN JÓVENES UNIVERSITARIOS**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A :**

**LILI MARLEN ENRÍQUEZ NAVA**

**ASESOR: DRA. EVA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ**

**CIUDAD DE MÉXICO, DICIEMBRE 2021**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Índice

Resumen.....	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7
Capítulo 1.....	10
Suicidio.....	10
Definición.....	10
Epidemiología.....	12
En el mundo.....	12
En México.....	14
Factores de riesgo.....	17
Etapas previas.....	19
Capítulo. 2 Ideación suicida.....	22
Definición.....	22
Prevalencia.....	24
En el mundo.....	24
En México.....	26
Factores de riesgo.....	31
Depresión.....	33
Estrés.....	34
Trastornos de abuso de alcohol/sustancias.....	35

Trastornos de ansiedad.....	38
Capítulo 3. Ideación suicida en universitarios .....	39
Método .....	44
Planteamiento y justificación del problema.....	44
Pregunta de investigación.....	45
Objetivos.....	45
General.....	45
Específicos.....	45
Variables.....	46
Definición conceptual .....	46
Definición operacional .....	46
Participantes .....	46
Criterios de inclusión .....	47
Criterios de exclusión.....	47
Criterios de eliminación .....	47
Instrumento.....	47
Tipo de estudio .....	48
Diseño de investigación.....	48
Procedimiento.....	48
Análisis de datos.....	50

Resultados.....	51
Discusión .....	58
Conclusiones.....	63
Alcances.....	64
Limitaciones .....	64
Perspectivas futuras de investigación.....	64
Referencias.....	66
ANEXOS .....	72

## **Resumen.**

El suicidio es un problema de Salud Pública en México y en el mundo, es la segunda causa de muerte en jóvenes entre 15 y 29 años y entre estudiantes universitarios. La ideación suicida se refiere a pensamientos recurrentes acerca de la propia muerte -desde cómo serían las cosas si se estuviera muerto, hasta formas concretas de terminar con la vida-, es una de las primeras etapas del comportamiento suicida, precede al intento y al suicidio consumado. Aunque el suicidio es un problema que se puede prevenir si se detecta en etapas tempranas -como la ideación-, son pocos los estudios que se enfocan de forma específica o exclusiva en este componente de la conducta suicida, y menos aún en población universitaria. Por ello, el objetivo de la presente investigación consistió en describir el riesgo de ideación suicida y los factores sociodemográficos asociados a este en una muestra de estudiantes universitarios de la Ciudad de México. Se realizó un estudio descriptivo mediante un diseño no experimental, transversal. Se utilizó el instrumento de medición de ideación suicida de San Luis Potosí, el cual explora aspectos sociodemográficos, eventos adversos de vida, lesiones autoinfligidas, redes de apoyo social, antecedentes de personas cercanas que se han suicidado e impulsividad, entre otros, para determinar el riesgo de ideación suicida. La muestra no probabilística intencional fue de n=92 estudiantes universitarios, el análisis de datos se realizó mediante estadística descriptiva. Se detectó que 56.52% de los participantes presentaron poco o ningún riesgo de ideación suicida, mientras que 43.47% presentan un riesgo moderado de ideación suicida. Pese a que no se tomó una muestra probabilística, el porcentaje de participantes en riesgo es importante, por lo que se considera que es un problema prioritario, que requiere mayor investigación y el desarrollo e implementación de programas de evaluación, prevención e intervención.

## **Abstract**

Suicide is a Public Health problem in Mexico and in the world, it is the second cause of death in young people between 15 and 29 years old and among university students. Suicidal ideation refers to recurring thoughts about one's own death -from how things would be if one were dead, to concrete ways of ending life-, it is one of the first stages of suicidal behavior, it precedes the suicide attempt and the completed suicide. Although suicide is a problem that can be prevented if it is detected in the early stages -such as ideation-, few studies focus specifically or exclusively on this component of suicidal behavior, and even fewer in the university population. Therefore, the objective of this research was to describe the risk of suicidal ideation and the sociodemographic factors associated with it in a sample of university students from Mexico City. A descriptive study was carried out using a non-experimental, cross-sectional design. The San Luis Potosí suicidal ideation measurement instrument was used, the instrument explores sociodemographic aspects, adverse life events, self-inflicted injuries, social support networks, antecedents of close people who have committed suicide and impulsivity, among others, to determine the risk of suicidal ideation. The intentional non-probabilistic sample was  $n = 92$  university students, the data analysis was carried out using descriptive statistics. It was detected that 56.52% of the participants presented little or no risk of suicidal ideation, while 43.47% presented a moderate risk of suicidal ideation. Although the sample was not probabilistic, the percentage of participants at risk is important, which is why it is considered a priority problem, which requires further research and the development and implementation of evaluation, prevention, and intervention programs.

## **Introducción.**

El presente trabajo tiene como objetivo principal identificar si los estudiantes universitarios presentan ideación suicida y los factores que podrían estar involucrados para que ésta se detone.

Pese a los esfuerzos que se han hecho para bajar el índice de mortalidad por suicidio, este ha ido en incremento, se han logrado descifrar cuales son los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de atentar contra la propia vida. En muchas ocasiones la atención no se brinda oportunamente, es por tal motivo que la intervención debe realizarse desde la aparición de los primeros síntomas o comportamientos suicidas.

La ideación suicida es el previo al parasuicidio, y por tanto, al suicidio consumado. Identificar que una persona tiene ideación suicida no es tarea fácil, ya que se presenta como una mera cognición y a menos que se tenga una vasta comunicación con la persona esta podría no detectarse.

Por ello, el objetivo de esta investigación fue indagar la prevalencia de ideación suicida en universitarios, así como los factores sociodemográficos que influyeron en la aparición de la ideación suicida.

Las investigaciones realizadas se han centrado en diversas poblaciones, pero comúnmente el sector a que se le da mayor relevancia son los adolescentes.

El primer capítulo tuvo como objetivo indagar en el suicidio, ¿Qué es considerado suicidio? y la prevalencia de este tanto a nivel mundial como a nivel nacional. Como resultado fue evidente que la tasa de suicidios va en aumento y que son muchas las causas que orillan a las personas a tomar la decisión de quitarse la vida.



Realizar una investigación sobre suicidio no es tarea fácil pues el sujeto de estudio ya no está presente, es por lo que se decidió centrarse en una de las etapas previas a este, la ideación suicida.

En el capítulo dos se encuentra el desarrollo de la ideación suicida, qué es y cuáles son las señales que pueden evidenciar la presencia de esta, su prevalencia en el mundo y en México. Como factores de riesgo se consideró al estrés como uno de los principales padecimientos de los estudiantes, puesto que la presión ejercida por ellos mismos o por su entorno social es mucha, a su vez la mayoría de los estudiantes llevan a la par un trabajo para poder pagar sus estudios lo que incrementan los niveles de estrés.

La ideación suicida tiende a incrementarse cuando las personas son consumidoras de sustancias psicoactivas, es por tal, que dentro de este capítulo se desarrolló la prevalencia e incremento del consumo de drogas en la población. Muchas sustancias psicoactivas no son percibidas como peligrosas puesto que se ha normalizado su consumo y se recurre a ellas como una forma de liberación.

Por su parte la ansiedad es una constante en la vida de todo individuo. Sin embargo, cuando la ansiedad se presenta sin tener un evento que la requiera, se vuelve un padecimiento que interfiere con la vida cotidiana de las personas, al causar un gran malestar físico y psíquico los individuos tienen un deterioro que los pone en riesgo de desarrollar ideación suicida.

La depresión es un padecimiento que presenta gran parte de la población, en muchos casos no se recibe atención psicológica para tratarla lo que genera un mayor problema en el individuo, a nivel mundial el ausentismo laboral y escolar por depresión ha ido en

incremento y este trastorno es uno de los principales causantes de suicidio, puesto que suele ser comorbida con otros padecimientos psicológicos y enfermedades físicas.

Dentro del capítulo tres se aborda la presencia de ideación suicida en jóvenes universitarios, pues son muchos los factores de riesgo a los que están expuestos, en investigaciones realizadas en países como China, de evidencio que el ser estudiante era el principal factor de riesgo a el suicidio, pues en la investigación se señaló que la sociedad suele ejercer mayor presión con los estudiantes pues se tiende a idealizarse que la excelencia académica es la clave para tener una vida de éxito y al no poder cumplir con estas expectativas se van desarrollando los trastornos psicológicos antes mencionados.

En esta investigación se aplicó el instrumento de San Luis Potosí para medir ideación suicida, este instrumento ayuda a recabar la mayor información posible de los sujetos, como son los factores sociodemográficos, eventos que causaron daño en la persona, redes de apoyo entre otros, lo que fue de gran ayuda para ampliar el panorama de la vida de los universitarios y los factores que intervienen en el deterioro de su salud mental.

## **Capítulo 1.**

### **Suicidio.**

El suicidio siempre ha sido un tema polémico, desde cualquier perspectiva en la que sea visto, muy poco se sabe sobre los suicidas y las razones que llevan a estas personas a atentar contra su vida, pero se pueden obtener estadísticas que serán de suma importancia para poder identificar el grado de afectación hacia la población. Será importante que como primer paso se conozca la realidad sobre lo que es el suicidio.

El suicidio es en consecuencia una serie de factores sociales, demográficos, ambientales, económicos, psicológicos, históricos e incluso filosóficos que se manifiestan y se agrupan tanto en lo colectivo de una sociedad como en las expresiones individuales de cada uno de sus integrantes como en todas las conductas humanas el suicidio es un acto complejo por lo que no se puede dejar de considerarlo bajo distintos ángulos (Quintanar, 2007, p.163-166).

Es entonces que resalta una pregunta importante, ¿A qué se le llama suicidio?

#### **Definición**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definen el suicidio como el acto deliberado de quitarse la vida (OMS & OPS, 2014).

Suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria, en el que intervienen: pensamientos suicidas (ideación suicida) y el acto suicida en sí.

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

resultado (Durkheim, 2012). Sea cual sea el motivo por el que una persona atente contra su vida, el suicidio les brinda un escape, una solución a sus conflictos personales.

La palabra “suicidio” es un latinismo, que proviene de las expresiones latinas *sui* y *occidere*, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo. El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. (García de Jalón & Peralta 2002, p. 88).

Son diversos los conceptos que se le dan al suicidio, sin embargo, se puede entender como suicidio, el atentar contra la propia vida, hacer un daño que conlleve a la muerte por voluntad propia.

Ahora bien, Émile Durkheim (1897) también planteo que existen tres tipos de suicidio, el egoísta, el altruista y anómico. El primero, se presenta cuando la víctima es incapaz de adaptarse a las normas sociales, por lo que en consecuencia opta por el suicidio. El segundo, es un acto altruista puesto que los vínculos afectivos con otras personas son tan fuertes, que la persona sacrifica su vida por el bienestar de los demás; y el tercero, puede definirse como la consecuencia de un choque de valores, es decir, los valores sociales y de la persona no son diferentes por tanto se entra en un conflicto donde la solución a este solo puede ser el suicidio.

Ya que existen diversos motivos por los que una persona opta por el suicidio; es importante que se conozca el impacto que este tiene a nivel mundial y nacional, así como su prevalencia.

## **Epidemiología.**

### **En el mundo**

Muchas son las causas de muerte que se registran a nivel mundial, las muertes por suicidio siguen incrementando al pasar de los años, pese que muchas muertes por suicidio no se reporten, puesto que se intenta salvaguardar a las familias de los fallecidos. Sin embargo, en 1990, 818 000 personas a nivel mundial murieron por suicidio de las cuales 267 000 eran jóvenes en edades de 15-29 años, siendo esta la segunda causa de muerte entre estos. De esta forma podemos notar que la población más afectada son los adolescentes y los adultos jóvenes originando un problema social, ya que se truncan vidas potencialmente activas y en vía de desarrollo. (Hernández & Flores. 2011, p. 69-111)

En el 2012 se registraron en el mundo 804 000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, normalizada según la edad, de 11,4 por 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres). El suicidio es un asunto delicado, incluso ilegal en algunos países, muy probablemente haya subnotificación (Organización Panamericana de la Salud, 2014, p.03)

Estadísticas de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017), muestran que hasta el año 2017, 800,000 personas se suicidaron, lo que representa una muerte por suicidio cada 40 segundos; una cifra alarmante puesto que, a su vez, se estima que por cada caso de suicidio 20 personas intentan suicidarse; aunque ésta cifra puede variar dependiendo del país, la edad, el sexo, la condición social, entre otros.

En los países ricos se suicidan tres veces más hombres que mujeres, pero en los de ingresos bajos y medianos la razón hombre: mujer es mucho menor, de 1,5 hombres

por cada mujer. A nivel mundial, los suicidios representan un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres (Organización Panamericana de la Salud, 2014, p.07).

Es evidente que el suicidio es un problema que afecta a todo el mundo y que cualquier persona está en riesgo de atentar contra su vida, ya que los factores que incrementan el suicidio son diversos y este que aqueja tanto a ricos como pobres, hombres y mujeres de cualquier edad. Por tanto, es importante que se logren identificar señales de riesgo suicida, para prevenir que este se lleve a cabo, es necesario crear redes de apoyo e informar a la población, para que sepan que existe una solución, sea cual sea la problemática que presenten.

Ya se mencionaba que los adolescentes y jóvenes adultos son más propensos a cometer suicidio, en Colombia se llevó a cabo un estudio donde al recaudar datos solo de una provincia, en estos se arrojaron datos alarmantes puesto que en “el año 2014 hubo 293 suicidios de adolescentes entre 10 y 19 años” (Andrade & González, 2016).

“En promedio, 14 jóvenes de 15 a 24 años mueren cada día en el mundo y cada 100 minutos se suicida un menor de 25 años” (Guzmán, 2017, p. 70).

Es evidente todos los países presentan incidencia de suicidios, algunos más que otros, pero ninguno está exento de esta problemática. México por tanto no es la excepción y dado que en la actualidad pasa por una crisis económica, será necesario indagar si esta llevo a un aumento en el índice de suicidios.

### **En México.**

Diversos estudios muestran que los suicidios han incrementado y que los adolescentes y adultos jóvenes son los más susceptibles a esta problemática.

En el 2011 se publicaron cifras donde se muestra que al menos 5718 personas se suicidaron, los medios empleados fueron diferentes, sin embargo 4406 se ahorcaron 596 se dispararon 523 se envenenaron 26 saltaron de un lugar elevado y 167 no fueron especificadas. En el rango de edad de 20 a 24 años se descubre que 79.6% eran hombres y 20.4% eran mujeres (Jiménez, R. & Cardiel, L. 2013).

En el año 2015, el INEGI publicó el artículo “Estadísticas a propósito del... día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre)” donde muestran datos sobre los suicidios ocurridos en el 2013, tan solo en ese año se registraron 5,909 muertes de las cuales, 760 abarcan edades de 15 a 19 años, 852 tenían entre 20 a 24 años y 733 entre 30 y 34 años, lo que muestra que en México la población más vulnerable son los adolescentes y adultos jóvenes.

Para el año 2016 la cifra de muerte por suicidio fue de 6,370 donde se puede encontrar que los estados de la Republica que tienen mayor prevalencia de suicidio son: Jalisco con 597, Estado de México 579, Guanajuato 459, Chihuahua 438 y la CDMX con 377, y que los estados con menor incidencia son: Colima 66, Baja California Sur 55 y Tlaxcala con 52 personas que se suicidaron.

Dado la prevalencia que tiene el suicidio a nivel nacional, será importante que se identifiquen los factores de riesgo, y que la mayor prevalencia es en adultos jóvenes, es necesario identificar aquellos factores de riesgo que tienen mayor influencia.

Desde 1990 y hasta 2015 se suicidaron en México 104 mil personas, 83% de ellas fueron hombres, y de éstos, 72% tenían menos de 44 años de edad. Así, casi 62 mil hombres jóvenes se quitaron la vida en 26 años. En términos absolutos, en la década de 1990 se suicidaban en promedio cada año 2,731 personas; en el sexenio de Vicente Fox 3,985; en el sexenio de Felipe Calderón, 5,091; y en los primeros tres años de Enrique Peña Nieto, 6,224 [ver Figura 1] (Merino, Torreblanca & Torres, 2017, párrafo dos).



**Figura 1.** Tasa nacional de suicidios de 1990 a 2015. En la figura 1 se muestra un evidente incremento en la tasa de suicidios por sexenio. Durante el gobierno de tres diferentes presidentes. Tomada de: Nexos, 2017 <https://parentesis.nexos.com.mx/?p=141>



Es evidente que la tasa de suicidio fue en aumento, y se espera que esta siga incrementando al pasar de los años, y aunque ya se han tomado medidas de prevención no se ha visto un cambio significativo.

## **Factores de riesgo.**

Las causas de los suicidios tienden a ser muy diversas, muchas de las razones reales de por las que alguien se suicida han de ser desconocidas, puesto que los sujetos que lograron su cometido ya no están para decir la realidad que acontecía en sus vidas antes de consolidar su decisión. Pese a la dificultad que tiene estudiar el suicidio, se ha logrado encontrar algunos de los factores más comunes entre estas personas, por lo a continuación se mencionarán.

Un factor clave que se debe tener en cuenta, es la edad de los sujetos, puesto que los problemas o circunstancias que lo rodean serán diferentes tanto en adolescentes como en adultos.

Las causas asociadas al suicidio en adultos se relacionan con conflictos y problemas conyugales, amorosos, económicos, laborales, académicos, emocionales, mientras que en los niños, niñas y adolescentes son determinantes los estilos de crianza, así como el entorno escolar, familiar y político donde viven, los modelos de aprendizaje en el hogar y la influencia del grupo de pares. (Forensis, 2014 [como se citó en Andrade & González, 2016]).

Los factores mencionados en el riesgo suicida de adultos, se acompañan del consumo de sustancias; a su vez suelen ser comórbidos con trastornos mentales. En los niños el factor predominante es el estilo de crianza, así como la influencia de sus pares.

Un estudio realizado por Muñoz y Gutiérrez (2010) mostró que los factores sociodemográficos son los que juegan un papel de bastante relevancia, ya que estos afectan mayormente hombres que a mujeres. Se encontraron múltiples variables, aunque unas

fueron más significativas que otras. En este estudio se mostró que la historia médica no tuvo relevancia; sin embargo, en el estudio de Sibato y Salamanca (2015) se muestra que la prevalencia de ideación suicida en personas con alguna enfermedad física y mental es de un 22% dicho de tal forma, se puede concluir que aquellas personas con alguna enfermedad física o mental, no llegan a cometer suicidio, pero si existe una prevalencia en la ideación suicida.

Ahora bien, muchos de los suicidios cometidos se asociaron a un evento estresante como son: los conflictos familiares, problemas ocupacionales y la muerte de algún familiar, siendo estos los de mayor relevancia.

Dentro los trastornos mentales se pueden encontrar los siguientes: depresión, manías, psicosis, ansiedad y la dependencia a alguna sustancia. Siendo la depresión el factor de mayor riesgo y la manía la de menor prevalencia.

“...la tradición histórica de vincular el suicidio femenino con las emociones, mientras que en el caso de los hombres la causa estaría relacionada con las dificultades económicas.” (Millán, García & Rodríguez, 2014) es entonces que se puede indicar que de acuerdo con el género las implicaciones de suicidio son diferentes.

En el mundo se suicidan mayormente hombres, “...se demuestra que los hombres cometen suicidio 3 a 4 veces más que las mujeres, pero éstas lo intentan 3 veces más que los hombres” (Simón, 2008) [como se citó en Millán et al., 2014]. Entonces, visto desde este punto, un factor de riesgo suicida será también el ser del sexo masculino. Se identifica que los hombres son afectados por el entorno social puesto que se le adjudican diversas responsabilidades sociales como es ser proveedor del sustento familiar, así como la

represión emocional. En la mayoría de las culturas los varones son reprimidos emocionalmente por lo que rara vez expresan sus sentimientos o incomodidades y son menos propensos a recibir tratamiento psicológico por estadios de tristeza, melancolía o trastornos como depresión, pues estos son catalogados como debilidad, algo que es mal visto ante la sociedad. Es entonces cuando muchos hombres recurren al consumo de sustancias agravando el problema y haciéndose comórbido, aumentando el factor de riesgo suicida.

La investigación destaca la fuerte relación existente entre el consumo de sustancias tóxicas y alcohol y el comportamiento suicida. El análisis desde la perspectiva de género indica que el consumo de alcohol suele ser más elevado entre los hombres que entre las mujeres, si bien la imitación del modelo androcéntrico hace que las adicciones hayan aumentado en el colectivo femenino (Millán et al., 2014).

Es entonces que resalta, nuevamente, que el suicido se seguirá incrementado, puesto que hoy en día el consumo de sustancias ha ido en aumento tanto en hombres como mujeres, es por eso que se reitera la importancia de identificar el comportamiento suicida y las etapas previas a este.

### **Etapas previas**

Las problemáticas personales siempre tienen un punto de inicio, y en este caso, el suicidio también presenta algunas etapas antes del desenlace fatal. Ya se ha mencionado que existen diversos factores de riesgo y estos a su vez tienen características particulares que pueden detectarse y que al ser comorbidos con otros padecimientos incrementa la posibilidad de suicidio.

En el suicida se detectan: a) los actos fatales o suicidio consumado; b) los intentos de suicidio altamente letales (aunque fallidos), con intención y planeación del suicidio; y c) los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1976; Gutiérrez, Contreras, Orozco & Rosselli, 2006).

Para llegar al acto suicida, los sujetos pasan por todo un proceso, que está integrado de la siguiente forma.

El proceso suicida se inicia en el momento en que comienzan los pensamientos sobre cómo quitarse la vida, pasa por la realización de los primeros intentos suicidas, con un incremento gradual de la letalidad del intento, hasta lograrlo; es decir, la suicidalidad, que comprende las ideas y deseos suicidas o ideación suicida, las conductas suicidas sin resultado de muerte o intentos suicidas y suicidios consumados, así se establece una secuencia progresiva (Constanza & Buitrago 2011, p.62-67).

Muchas de las personas que presentan ideación suicida, suelen manifestar comportamientos que dejan ver sus planes para ejecutar un suicidio, aunque muchos autores los marcan como chantajes hacia sus seres queridos. “En su comienzo, el sujeto suele manifestar a quienes le rodean que "es mejor terminar con todo, así no se puede vivir, esto no tiene arreglo, es mejor desaparecer", es decir, explicita su idea autodestructiva.” (Hernández & Villarreal, 2015, sección Factores de riesgo de la conducta suicida párrafo 3). Muchas ocasiones las manifestaciones de ideación suicida no son tomadas en cuenta por las personas que rodean al sujeto, pasan desapercibidas o son tomadas como un comentario que no tendrá mayor consecuencia.

Se pueden identificar cuatro conductas: 1) Ideación suicida, en esta etapa se presentan pensamientos, como que el sujeto desearía estar muerto, el cómo sería si estuviera muerto o como podría suicidarse (todo es cognitivo) en esta etapa el sujeto no atenta de ninguna forma contra su integridad. 2) Amenaza, es aquí cuando exterioriza de alguna forma los pensamientos que ya antes había presentado. Es la etapa intermedia entre la ideación y la tentativa suicida, también puede verse como un acto de chantaje. 3) Intento fallido, es aquí cuando se presenta el primer intento de suicidio, en este caso cuando la persona atenta contra su integridad física, y por algún motivo no lo consigue, ya sea porque algún familiar o amigo lo descubre e interviene o porque el acto en sí no fue eficiente. En algunos de estos casos la persona es remitida a algún servicio médico; sin embargo, en muchas ocasiones no recibe el tratamiento adecuado por lo que en la mayoría de los casos el intento de suicidio llega a repetirse. 4) Suicidio consumado, sin más por explicar, la persona consigue su cometido.

## Capítulo. 2 Ideación suicida

### Definición

En la actual literatura de la psiquiatría mundial se habla de conducta suicida y suicidalidad. La primera, conducta suicida, engloba el intento suicida y el suicidio consumado. La segunda, suicidalidad, se refiere a las diversas manifestaciones del suicidio en los individuos, es decir: ideación suicida sin un plan específico, intento suicida de baja letalidad no fatal y muerte por suicidio o suicidio consumado (NG, Chávez, Ontiveros, 2016).

La cultura popular mexicana tiene la creencia de que las personas que recurren al suicidio, solo lo hacían sin pensar, antes de llegar al suicidio se encuentra la ideación suicida; el tema que se abordara en este capítulo. “En particular, la ideación suicida –antecedente del intento o el suicidio consumado– corresponde al pensamiento de acabar con la propia existencia, pensamiento que, según los teóricos, posee dos dimensiones: el deseo y la planeación de la propia muerte” (Beck, Kovacs & Weissman, 1979) [como se citó en Córdova & Rosales, 2016].

“El término ideación suicida se refiere a pensamientos acerca de suicidarse, con diversos grados de intensidad y elaboración, al sentimiento de estar cansado de la vida, la creencia de que no vale la pena vivir y el deseo de no despertar del sueño.” (OMS, 2003) [como se citó en Quitl, & Nava, 2015]. Se contempla como grados de intensidad cuando los pensamientos suicidas son más constantes y cuando ya se planifica la muerte; como la forma en que se desea morir, los instrumentos a utilizar y el lugar de realización.

La ideación suicida “hace referencia a la parte cognitiva del comportamiento suicida: ideas, planes, deseos y expectativas de cómo llevar a cabo el suicidio” (Beck, Kovacs & Wiessman, 1979) [como se citó en Córdova et. at., 2011] las personas que presentan ideación suicida imaginan como sería el mundo si ellos estuvieran muertos, y creen que las personas a su alrededor estarían mejor si ellos dejaran de existir, en muchas ocasiones, por no decir que todas, las personas tienen la idea de que están solos en el mundo y que su existencia no tiene ningún tipo de sentido, incluso creen que nadie será capaz de notar su ausencia; es por eso que el idear su muerte, en cierta forma, les produce satisfacción y alivio al pensar que su sufrimiento podría terminar.

La ideación suicida es entendida como pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir, así como los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir un individuo. Esta ideación puede variar en tipos y grados, los cuales manifiestan desde el deseo de morir —sin una planeación específica de cómo hacerlo—, hasta el deseo de morir de una forma particular con acciones muy concretas (Salamanca & Sibato, 2017, párrafo 4).

La ideación suicida es, por tanto, difícil de identificar, puesto que no es evidente sino hasta que la persona comienza a tener comportamientos suicidas o cuando manifieste verbalmente a otra persona su deseo de morir. En algunos casos los individuos con pensamientos suicidas comienzan a tener comportamientos diferentes con las personas que los rodean, algunas veces manifiestan cariño a sus seres queridos (más de lo normal), hacen referencia a que va a extrañar cosas o personas, o bien se despiden de amigos o familiares. Es importante que al reconocer o identificar algunas de las señales, se difiera a algún especialista, pues la persona con este problema podría estar al borde del suicidio.



## **Prevalencia.**

### **En el mundo.**

Pese a la dificultad que se presenta al evaluar si un individuo tiene o no ideación suicida, los estudios han llegado a comprobar que son las mujeres las que tienen mayor prevalencia de ideación, en tanto que los hombres son los que tienen mayor índice de suicidios consumados; por lo que es evidente que el sexo es un factor determinante. En un estudio realizado en 2003 sobre la prevalencia que tiene la ideación suicida “encontraron que esta fue de 3,6 % y de 18 % en el último año y que tanto la ideación como el antecedente de intento de suicidio fueron más frecuentes en mujeres” (Calvo, Sánchez & Tejada 2003) [como se citó en Siabato & Salamanca, 2015].

Sibato et al., (2015) también mencionan un estudio realizado por Villalobos- Galvis (2009) con 463 estudiantes, con edades comprendidas entre los nueve y 30 años y pertenecientes a seis colegios y dos universidades colombianas; se identificó que cerca de un 30 % de los estudiantes encuestados ha tenido alguna conducta suicida durante su vida, el 18% presentaron ideas suicidas y el 8 % llevaron a cabo intentos de suicidio; así mismo, los análisis de contingencia mostraron que la conducta suicida se presenta de manera distinta dependiendo del género y del nivel educativo (secundaria o superior), siendo más frecuente en mujeres, en jóvenes entre los 17 y 20 años...” Por tanto, resalta que la edad, al igual que en suicidio, es un factor que contribuye a la aparición de la ideación suicida.

A continuación, se presenta un cuadro con los porcentajes de ideación suicida, en diferentes países, así como el año de la publicación, el número de estudiantes que fueron evaluados, otros factores evaluados y los autores de los estudios (Ver figura 2).

Autores	Año	País o ciudad del estudio	Número de estudiantes	Porcentaje de Ideación suicida	Otros valores estudiados
Coentre et al.	2016	Portugal	236	3.9 %	Depresión 6.1 %
Matheson et al.	2016	Canadá	381	15.6 %	Ansiedad 40 %
Gignon et al.	2015	Francia	255	10 %	Abuso de alcohol 25 %
Miletic et al.	2015	Bulgaria	1298	13.5 %	
Allrogen et al.	2014	Alemania	714	14.3 %	Intento suicida 1.3 %
Schwenk et al.	2010	Michigan EU	505	1.4-7.9 %	Depresión 14.3 %
Eskin et al.	2011	Austria	320	37.8 %	Intento suicida 2.2 %
Curran et al.	2009	Dublín, Irlanda	338	5.9 %	Depresión 13.9 %
Goebert et al	2009	Hawaii, EU	2000	6 %	Depresión 12 %
Dyrbie et al.	2008	Minnesota, EU	4287	11.2 %	
Martinac et al.	2003	Bosnia	200	9.16 %	Aumenta a 13.6 % en 6º año de Medicina
Tyssen et al.	2001	Noruega	522	43 %	Intento suicida 1.4 %

Fuente: elaboración propia.

**Figura 2.** Prevalencia de ideación suicida en países desarrollados. En la figura 2 se puede observar la evaluación de la ideación suicida a partir del 2001 y hasta el 2016, en países desarrollados. Tomada de: Rodríguez, E. Barradas, M. Delgadillo, R. Rodríguez, P. Melo, G. (2017 julio- diciembre). Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un metaanálisis. Revista iberoamericana para la investigación y el desarrollo educativo. 2018, de Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo Sitio web: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ride/v8n15/2007-7467-ride-8-15-00387.pdf>

## **En México**

Es difícil establecer un porcentaje exacto de la presencia de ideación suicida en todo el país, puesto que esta puede aparecer en diferentes grupos de edad y por diversas circunstancias, son muy pocos los estudios que establecen un porcentaje que englobe los diferentes grupos etario que presentan ideación suicida, aunado a lo anterior, son muchas las circunstancias por las que esta puede presentarse, este es el caso de algunos trastornos mentales, así como el uso y abuso de sustancias.

La prevalencia media observada en México es 8.76 % aunque este valor es poco confiable dado que es producto de 3 estudios en los que la metodología usada fue distinta y en dos de ellos se incluyeron residentes médicos en vez de estudiantes de pregrado (Denis, Barradas, Delgadillo, Denis & Melo, 2017, Sección de resumen).

Los datos arrojados anteriormente, son solo una aproximación de un estudio, es notable que de igual forma las limitantes de este estudio fue el rango de edad y la ocupación de los participantes. Solo son una aproximación de la prevalencia de la ideación suicida en nuestro país. Por tanto, es probable que el porcentaje antes mencionado, sea incluso mayor.

Teniendo en cuenta el sector de adultos jóvenes en México, las estadísticas serán diferentes que si se toma en cuenta a la población en general. Pero al igual que con el suicidio, este sector de la población es mayormente susceptible.

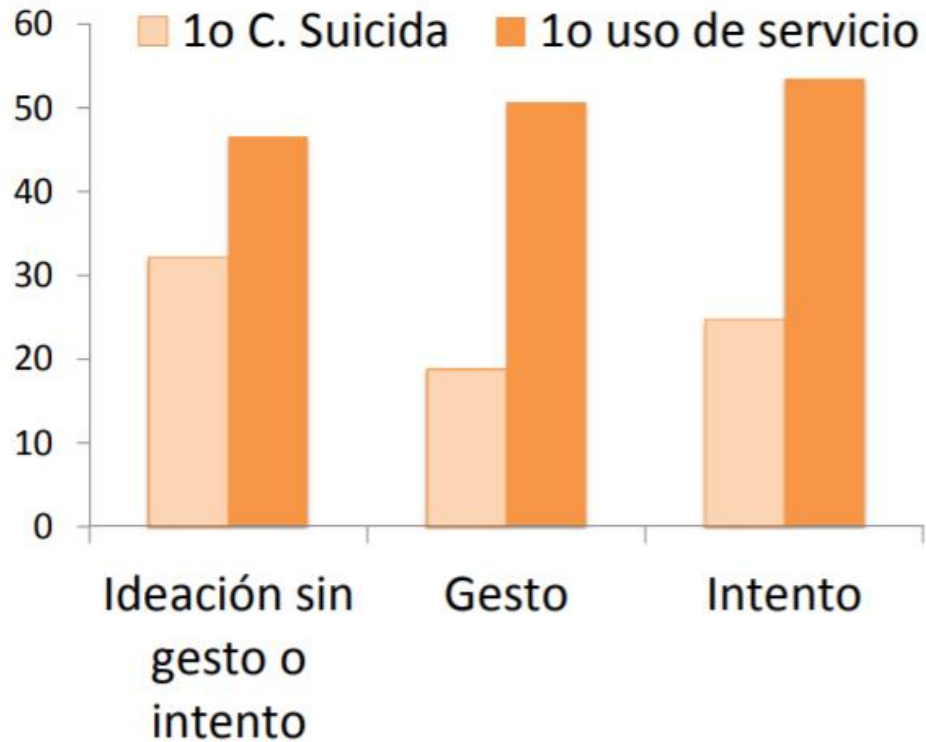
La prevalencia de por vida de ideación suicida en adultos de 18 a 29 años fue de 9.7% y 3.8% reportaron intento de suicidio. Entre los habitantes de la República mexicana, 6 601 210 tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 593 600

personas intentaron suicidarse y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio (Borges, Orozco, Benjet & Medina, 2017, Sección de resumen).

Son alarmantes las estadísticas arrojadas, puesto que tomando en cuenta que al año de presentar ideación suicida las personas tienen su primer intento suicida, y aunque en muchos de los casos este no logra su cometido, los sujetos volverán a intentarlo, muchos de los cuales tendrán que ser atendidos y otros tantos si llegarán a consumar el suicidio. Será importante saber cuántas de las personas que llegan a recibir atención médica por un intento de suicidio, también reciben atención psicológica o buscan ayuda profesional.

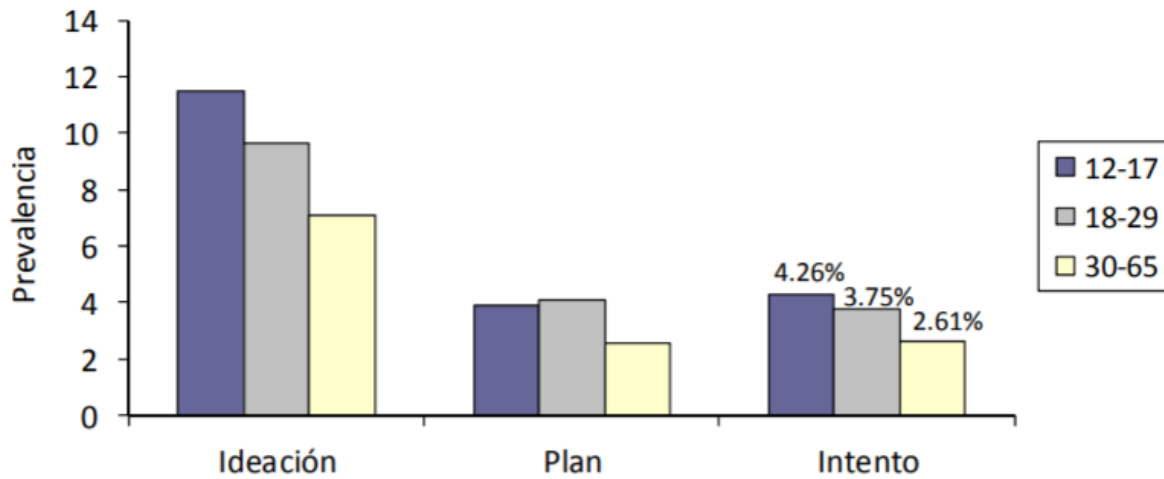
En la siguiente tabla se muestra que más del 30% de las personas que tienen ideación suicida no acuden a ningún servicio médico, más del 40% recibe atención: el 20 % con algún gesto suicida no recibe ayuda, mientras que el 50% acude a algún servicio, y de las personas con intento suicida, el 30% no recibe atención médica y casi un 60% si recibe algún tipo de ayuda esto con adolescentes de 12 a 17 años.

Sería necesario saber si la atención solo se brinda durante el intento o si bien, hay un seguimiento del paciente; puesto que la probabilidad de un segundo intento es alta (Ver figura 3).



**Figura 3.** Personas que acudieron a algún servicio médico, antes y después del intento suicida. Adolescentes con edades de 12 a 17 años en México. En la figura se muestra el porcentaje de la población con y sin intervención médica antes y durante el primer intento de suicidio. Natera, G. (2015). Conferencia Regional de Salud Mental Santiago de Chile 2015. Consorcio Nacional de Epidemiología y Psiquiatría, México.

A continuación se muestra la prevalencia que tiene la ideación suicida, el plan suicida y el primer intento de suicidio, dividido por grupos de edad en mexicanos, en el cual nuevamente los adolescentes son el sector de la población más afectado por ideación suicida, y que conforme la edad incrementa, la ideación disminuye; en el caso de los planes de suicidio el sector mayormente afectado es el de los adultos jóvenes, mientras que los sujetos con intento suicida vuelven a ser los adolescentes (Ver figura 4).



**Figura 4.** Prevalencia de conductas suicidas alguna vez en la vida por grupos de edad en la población general urbana. México 2002, 2006. Grupos de edad con ideación suicida, plan de suicidio e intento de suicidio. Natera, G. (2015). Conferencia Regional de Salud Mental Santiago de Chile 2015. Consorcio Nacional de Epidemiología y Psiquiatría, México.

De acuerdo con los estudios realizados, las mujeres presentan mayor prevalencia de ideación suicida con un 15.32% mientras que los hombres adolescentes solo un 7.63% ahora bien, las diferencias continúan en cuanto a planes e intentos suicidas, siendo las mujeres la que tienen mayor prevalencia, en este grupo de edad (Vea tabla 1).

Tabla 1

*Ideación suicida en jóvenes mexicanos con edades de entre 12 y 17 años*

	<b>Ideación suicida</b>	<b>Plan</b>	<b>Intento</b>
Hombres	7.63%	2.25%	2.14%
Mujeres	15.32%	5.56%	6.37%
Total	11.48%	3.91%	4.26%

Nota: Variaciones de ideación suicida, plan e intento suicida por rango de edad y sexo. Adaptada de: Borges, G. Orozco, R. Benjet, C. Medina, E. (2017). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. 2018, de Salud Pública de México Sitio web: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6979/8935>

En cuanto se incrementa la edad se puede notar que la ideación suicida tiene una disminución comparada con el grupo adolescente anterior, en cuanto a planes de suicidio e intento de suicidio en los hombres se encuentra un leve incremento.

Tabla 2

*Ideación suicida en adultos jóvenes mexicanos con edades de 18 a 29 años.*

	<b>Ideación suicida</b>	<b>Plan</b>	<b>Intento</b>
Hombres	7.44%	3.02%	2.27%
Mujeres	11.64%	5.11%	5.09%
Total	9.64%	4.11%	3.75%

Nota: Variaciones de ideación suicida, plan e intento suicida por rango de edad y sexo. En adultos jóvenes de 18 a 29 años. Adaptado de: Borges et al., (2017).

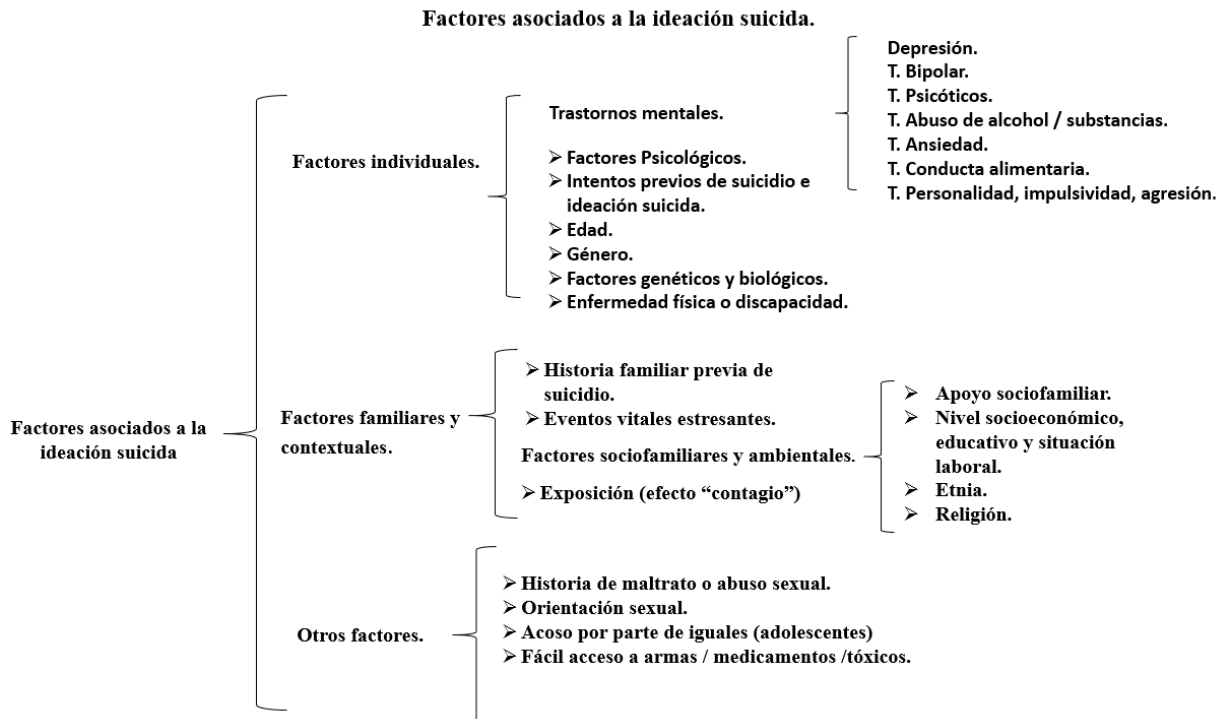
## **Factores de riesgo.**

Pese a que los factores de riesgo son amplios, comúnmente la presencia de depresión, ansiedad y consumo de sustancias son un común denominador.

El probable surgimiento de conductas sexuales de riesgo, abuso de sustancias y conductas delictivas se relacionan con una mayor presencia de ideación suicida. A pesar de estas necesidades de atención, las y los jóvenes con ideación suicida son particularmente menos propensos a buscar ayuda, y su ideación suicida a menudo no es reconocida por otras personas con las que conviven (Thompson, 2012) [como se citó en Centros de Integración Juvenil, A.C, 2016].

En muchos casos, las conductas relacionadas a la presencia de ideación suicida pasan por alto, ya que se justifican estos comportamientos como una falta de madurez o bien, se cree que la persona solo está pasando por una etapa de rebeldía y cambio. En los y las adolescentes es mayormente común que se atribuyan los malos comportamientos a la falta de disciplina y autoridad por parte de los padres, si bien la falta de atención si es un factor familiar que contribuye a la aparición de problemas de comportamiento o psicológicos, no debe de generalizarse; tomar en cuenta los diversos factores de riesgo a los que están expuestos los sujetos son tan diversos y variables que es importante revisarlos. (Vea figura 5).





**Figura 5.** Factores asociados a la ideación suicida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012). Factores asociados con la conducta suicida y evaluación de riesgo suicida. En Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (156). España: Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Galicia.

En este documento se hará énfasis en cuatro factores individuales de riesgo, los cuales serán, depresión, abuso de alcohol / sustancias, trastorno de ansiedad y estrés, siendo estos los que han ido en un notable aumento dentro de la población joven adulta.

## **Depresión.**

La depresión es considerada como la enfermedad mental de mayor afectación en la población mexicana. El trastorno depresivo mayor, es aquel que se presenta una vez en la vida, por un lapso mayor a seis meses.

El trastorno depresivo tiene una presentación clínica variable; puede mostrar un talante abatido, con irritabilidad o ansiedad, o bien agregarse con otros síntomas (dolor, fatiga o insomnio) que más de 50% de los pacientes exhibe de manera (Souza & Machorro, 2010, p 48).

En ocasiones los trastornos depresivos son considerados como una enfermedad de poca relevancia, no obstante, presentan la mayor causa de discapacidad y suele ser la causa del ausentismo en la escuela y el trabajo. La depresión es entendida cuando, “la persona experimenta un estado de ánimo deprimido pérdida de interés y de placer y bajo nivel de energía lo que conduce a una disminución de la actividad durante por lo menos dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad y síntomas somáticos sin explicación médica” (OMS, 2010, Sección de generalidades). Ya que los síntomas de la depresión pueden variar en gran magnitud, es importante hacer una evaluación para detectar el grado de intensidad por el que está pasando la persona, de esta forma podría detectarse la presencia de algún síntoma relevante como es la ideación suicida.

Un grupo de diversos investigadores de Estados Unidos encabezados por J.J Mann, publico una revisión en 2009 donde se mencionaba los principales endofenotipos relacionados con la conducta suicida. Depresión mayor de inicio temprano: Se

refiere principalmente a depresión mayor de inicio temprano antes de los 18 años (NG, et al., 2016).

Lo anterior puede ser entendido cuando las personas enfrentan mayor factor de riesgo heredado biológicamente, la predisposición las enfermedades mentales es una realidad que debiera tenerse en mayor consideración.

### **Estrés.**

El estrés es una respuesta normal del organismo, ésta aparece en situaciones en las que el individuo se encuentre en peligro, cuando el estrés aparece cuando no existe un evento de peligro o algún escenario que requiera la respuesta biológica el estrés representa un desgaste físico y mental para el individuo.

El estrés es un sentimiento de tensión física o emocional. Puede provenir de cualquier situación o pensamiento que lo haga sentir a uno frustrado, furioso o nervioso. El estrés es la reacción de su cuerpo a un desafío o demanda. En pequeños episodios el estrés puede ser positivo, como cuando le ayuda a evitar el peligro o cumplir con una fecha límite. Pero cuando el estrés dura mucho tiempo, puede dañar su salud (Biblioteca Nacional de los EE. UU., 2020).

El estrés crónico llega a representar una de las afecciones más comunes en la población, las demandas sociales han hecho que el estrés sea una constante en los individuos, provocando a su vez diferentes afecciones físicas y psicológicas que no siempre se tratan correctamente. Se estima que la mayoría de los infartos ocurridos en México son a causa de estrés.

### Trastornos de abuso de alcohol/sustancias.

La constante presión social, el estrés y la vida que actualmente predomina, ha sido un detonador que incrementa el consumo de sustancias, de igual forma la legalización de algunas drogas, así como su fácil acceso ha tenido como repercusión que cada vez más personas estén inmersos en el consumo constante.

En los últimos años, el consumo de alcohol y tabaco tuvo un incremento realmente alarmante, en hombres y mujeres. Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 – 2017 [ECODAT] (2017) el consumo de drogas ilegales ha ido en aumento, no solo en nuestro país, sino en el mundo, siendo la población adolescente la que presenta mayor riesgo de consumo; se reporta un alto índice de consumo de drogas en toda la población. Tabla 3 y 4.

Tabla 3.

*Consumo de drogas alguna vez en la vida. Población 18 a 34 años.*

Sustancia	Periodo 2011			Periodo 2016		
	General %	Hombres %	Mujeres %	General %	Hombres %	Mujeres %
<b>Marihuana</b>	8.7	15.0	2.8	12.8	20.0	6.1
<b>Cocaína</b>	5.2	9.4	1.2	5.2	8.9	1.7
<b>Crack</b>	1.9	3.5	0.3	1.4	2.4	0.4
<b>Alucinógenos</b>	1.3	2.0	0.7	1.2	1.6	0.7
<b>Inhalables</b>	1.3	2.3	0.4	1.6	2.6	0.7
<b>Heroína</b>	0.3	0.6	***	0.3	0.6	***
<b>Metanfetaminas</b>	1.5	2.3	0.8	1.5	2.5	0.6
<b>Drogas ilegales</b>	10.6	17.8	3.9	14.5	22.6	7.0
<b>Cualquier droga</b>	11.3	18.5	4.6	15.0	22.8	7.6

*Nota: Consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en adultos jóvenes. Comparación en temporalidad.*

Como se muestra en la tabla anterior, el consumo de sustancias en la población de 18 a 34 años ha tenido un incremento notable, tanto en el uso de drogas legales, como el de ilegales. Es así que el consumo de marihuana tuvo un aumento de 4.1% en población genera, en tan solo 5 años, la cocaína que antes era percibida como una droga de poco consumo para 2016 aumento en un 3.7% y por parte el consumo de inhalables aumento el doble.

Tabla 4.

*Consumo de drogas en el último año. Población 18 a 34 años.*

<b>Sustancia</b>	<b>Periodo 2011</b>			<b>Periodo 2016</b>		
	<i>General</i> %	<i>Hombre</i> %	<i>Mujer</i> %	<i>General</i> %	<i>Hombre</i> %	<i>Mujer</i> %
<b>Marihuana</b>	1.9	3.4	0.4	3.5	5.9	1.3
<b>Cocaína</b>	0.8	1.6	***	1.5	2.6	0.4
<b>Crack</b>	0.2	0.4	***	0.3	0.5	0.1
<b>Alucinógenos</b>	0.2	0.3	--	0.3	0.4	0.2
<b>Inhalables</b>	0.1	0.2	0.1	0.3	0.6	0.1
<b>Heroína</b>	***	***	--	***	0.1	***
<b>Metanfetaminas</b>	0.2	0.4	***	0.4	0.7	0.2
<b>Drogas ilegales</b>	2.0	4.1	0.6	4.6	7.8	1.6
<b>Cualquier droga</b>	2.2	4.7	1.1	5.0	8.2	2.0

*Nota: Consumo de sustancias psicoactivas en el último año en adultos jóvenes de la República Mexicana. Comparación en temporalidad.*

En las tablas anteriores es claro el aumento en el consumo de sustancias entre los jóvenes, solo es el reporte de sustancias psicoactivas legales, por lo que es necesario señalar el consumo de drogas legales, pues estas también han aumentado en consumo por ser de fácil acceso y porque la carga social que esta tiene es mínima, es decir las personas han llegado a normalizar el consumo de alcohol y tabaco, pese a que estos causan más muertes al año.

Tabla 5.

*Consumo de tabaco fumado en los últimos 30 días.*

<b>Consumo</b>	<b>Población 12 a 17 años</b>		<b>Población 18 a 65 años</b>	
	<i>Mujer</i>	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hombre</i>
<b>Fumador actual</b>	0.3	6.7	9.8	31.3
<b>Fumador diario</b>	0.2	0.8	3.6	12.0
<b>Fumador ocasional</b>	2.8	5.9	6.1	19.4
<b>Exfumador</b>	3.8	5.4	11.5	24.0
<b>Exfumador diario</b>	0.2	0.2	2.0	6.2
<b>Exfumador ocasional</b>	3.6	5.2	9.5	17.8
<b>Nunca fumador</b>	93.2	87.9	78.7	44.7

*Nota: Consumo de tabaco fumado en los últimos 30 días, comparaciones entre hombres y mujeres y por grupos etarios.*

Tabla 6.

*Tendencias del consumo de alcohol. Población de 18 a 65 años.*

	<b>General</b>		<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>	
	<i>2011</i>	<i>2016</i>	<i>2011</i>	<i>2016</i>	<i>2011</i>	<i>2016</i>
<b>Alguna vez</b>	77.1	77.3	88.1	88.3	67.0	67.2
<b>Último año</b>	55.7	53.3	69.3	66.4	43.2	41.3
<b>Último mes</b>	35.0	39.9	50.0	54.8	21.2	26.2
<b>Consumo excesivo último año</b>	31.2	37.4	46.8	51.9	16.8	24.0
<b>Consumo excesivo último mes</b>	13.9	22.1	24.1	34.4	4.5	10.8
<b>Consumo diario</b>	0.9	3.0	1.7	5.0	0.2	1.2
<b>Consuetudinarios</b>	6.3	9.3	11.3	15.8	1.6	3.5

*Nota: Consumo de tabaco, comparación por temporalidad.*

El consumo de sustancias psicoactivas es forma en la que los sujetos han establecido como liberación del estrés cotidiano, de la depresión y los trastornos de ansiedad, de igual manera algunas drogas prometen hacer olvidar los problemas y otras tantas relajar el cuerpo, los

usuarios consumidores de sustancias pretenden anestesiar sus malestares e intentan creer que no se volverán dependientes de la sustancia.

### **Trastornos de ansiedad.**

La ansiedad es una respuesta normal del cuerpo ante un evento estresante, es decir, que esta se presenta mucho antes que el evento ocurra, la sintomatología ansiosa suele ser muy intensa, con cambios drásticos en el organismo, algunos de los síntomas y signos son: agitación, respiración irregular, así como sensación de sofoco, temblor en el cuerpo, palpitaciones y sudoración.

La ansiedad es una respuesta que tiene el organismo ante una situación de peligro es una respuesta fisiológica y natural que se define como un estado afectivo displacentero que se acompaña por cambios físicos y mentales que se presentan como una reacción para adaptarse ante un evento que causa estrés (CIJ, 2018).

La Ansiedad puede ser *normal* o *adaptativa*, en cuanto que ésta da paso a conductas de seguridad y protección que permiten la solución de problemas; o puede ser *desadaptativa* si ocurre aun sin un estímulo presente, o su duración e intensidad se prolongan y generan deterioro en la funcionalidad o adaptación (Raffo & Pérez, 2009) [como se citó en CIJ, 2018].

Cuando la ansiedad se presenta en los sujetos (sin que haya un evento que lo detone) se habla de un trastorno de ansiedad; dentro de este, se encuentra la agorafobia, la fobia social, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y la fobia específica. Los trastornos de ansiedad suelen ser un detonante en la aparición de la depresión.

### **Capítulo 3. Ideación suicida en universitarios**

Reyes, Lake, Kleinman y Gould (2018) indicaron que los factores de riesgo para presentar ideación suicida e intento de suicidio son: género, etnia, físico abuso sexual, victimización de pares y problemas psiquiátricos como la depresión, ansiedad y abuso de sustancias. Pese a que en la universidad los jóvenes ya pasaron por la etapa crítica de la adolescencia se encuentran mayormente susceptibles a las presiones que les demanda la sociedad, aunado a esto, el mantener un buen nivel académico suele ser un detonador para el consumo de sustancias, la depresión y ansiedad, que al no ser tratado adecuadamente podría detonar en ideación suicida y/o suicidio.

Algunos autores han explicado estos resultados por las constantes y frecuentes situaciones adversas a las que se ven sometidos debido a la sobrecarga de información y conocimiento adquirido, tener una titulación universitaria previa que no promueve la inserción profesional, falta de tiempo libre, presiones familiares, relaciones interpersonales en el ambiente académico y dudas sobre la correcta toma de decisiones (seguir estudiando, buscar trabajo, etc.) [Vázquez y Blanco, 2008] (como se citó en Muela & García 2014, 278).

Pese a que se sabe que la población universitaria es susceptible a desarrollar cuadros de estrés, ansiedad, depresión y consumir sustancias, son pocos los estudios que se han llevado a cabo y muy pocas las intervenciones que se realizan para prevención de estos padecimientos.

Actualmente, son pocos los estudios que analizan factores asociados a distintos grados de comportamiento suicida y en especial en población universitaria, a diferencia de lo que



sucede en lo referente a depresión y otros trastornos de salud mental (Virú, Valeriano & Zárate, 2009).

Los universitarios normalmente se encuentran dentro del grupo etario de 18 a 30 años lo que representa un factor de riesgo al ser esta una de las etapas críticas de cambio social, es en esta etapa cuando muchos universitarios comienzan a estudiar y laborar, lo que genera una carga de estrés significativo.

Las relaciones interpersonales suelen verse como una obligación, así como poder mantener una relación estable con una pareja amorosa, de tal forma que muchos jóvenes se ven afectados al no poder cumplir con dichas demandas.

A nivel de género, se encuentra que por cada mujer que se quita la vida, lo hacen cuatro hombres; mientras que respecto a los grupos etarios, de los 18-19 años (6,74), 20-24 años (6,54), 25-29 años (5,63), 30-34 años (5,55) y en la población adulto mayor en el grupo correspondiente a los 70-74 años (5,43); se observa que el motivo con mayor prevalencia se deriva del conflicto de pareja, celos, desconfianza e infidelidad (30,12 %), seguido de la enfermedad física-mental (22,74 %) y en tercer lugar los motivos económicos (12,84%) [Sibato & Salamanca, 20015].

Para la finalidad de esta investigación es necesario recalcar que un factor de riesgo de ideación suicida es el simple hecho de ser mujer, mientras que un factor de riesgo para el suicidio consumado, es ser hombre.

Entre los factores asociados a factor de riesgo suicida (FR) se encuentran ser mujer, tener antecedentes personales o familiares de intento suicida, ser menor de 30 años, vivir solo, tener un evento adverso reciente, muerte de un ser querido recientemente,

presentar trastornos psiquiátricos como ansiedad, depresión, se consideran más del 50% de los adolescentes tienen un trastorno depresivo mayor o esquizofrenia, además consumir sustancias psicoactivas (Carmona et. al, 2010) [como se citó en Alzate, Betancur, Castaño, Cañón, Castellanos, Guerrero, Llanos y Tique, 2012].

El estrés que se genera por las cargas emocionales y sociales es un detonador para la aparición de la ideación suicida, hoy en día uno de los mayores problemas es el estrés en el que está sumergida la mayor parte de la sociedad, los problemas económicos, laborales, escolares entre otros se han vuelto comunes en todo el mundo, como se mencionaba anteriormente. Ya que las problemáticas emocionales van en aumento y que por lo menos en México no se tiene en consideración el cuidado de la salud mental las personas recurren al consumo de sustancias como forma liberadora de emociones reprimidas, lo que casi en su totalidad detona en problemas psíquicos mayores. Se ha encontrado evidencia de que en casos de ideación suicida, parasuicidio y suicidio consumado, las personas tenían antecedentes de consumo de sustancias.

En otro estudio, Sanchez et al., (2002) indagaron por la ideación suicida en adolescentes universitarios menores de 18 años, encontraron durante la entrevista una prevalencia de 4.4%, y un 13% en ideación suicida en el último año. Se descarta, además, que en tanto la ideación suicida como en el antecedente de intento de suicidio fueron más frecuentes en mujeres. La prevalencia de trastornos depresivos es de mayor que la reportada para la población general del mismo grupo de edad, y el maltrato infantil se encontró relacionado con la ideación suicida (como se citó en Blandón, Carmona, Zullan & Medina, 2015).

La ideación suicida por sí sola no presenta riesgo de suicidio, suele estar acompañada de otros trastornos lo que aumenta la gravedad de esta y el riesgo de suicidio.

Según los resultados arrojados por el inventario PANSI, el 31% de los casos, se ubicaron en un nivel alto de ideación suicida (IS) cuya proporción corresponde al 33.3 % de las mujeres y al 28 % de los hombres, así mismo, se encontró que el 30,2 % se encuentra en un nivel alto de ideación suicida negativa (ISN) y el 25,6 % en ideación suicida positiva (ISP) [Sibato et. al. 2015].

El porcentaje de universitarios colombianos con ideación suicida es alarmante, sería necesario evaluar si la ideación es comorbida con otro padecimiento, con la finalidad de establecer una intervención oportuna e indicada.

Por su parte un estudio realizado en México por Rosales y Córdova 2011 “El porcentaje de presencia de ideación suicida, conforme el criterio de puntuación  $\geq$  a 1 DE +, fue de 13.2% en la muestra total; de 13.4% en el grupo de género masculino y de 13.1%, en el grupo de jóvenes del género femenino.

En comparación con los resultados de Colombia, el porcentaje de ideación suicida es menor en jóvenes mexicanos que los colombianos.

En 2002 Sánchez, Cáceres y Gomes reportaron que en una muestra con 1985 estudiantes colombianos la prevalencia de ideación suicida se encontró en 88 personas, solo en la entrevista inicial de los cuales el 6.4% fueron de sexo femenino y de 2.9% en varones.

A su vez, la ideación reportada en el último año fue con un total de 258 universitarios, lo que representa un 13% de la muestra, en este caso, la prevalencia de ideación suicida es más alta en mujeres que en hombres 19.3% y 7.7% respectivamente.

Respecto a la frecuencia de conductas suicidas, el 15,7% (n = 149) de los estudiantes informó haber tenido por lo menos un episodio de ideación suicida, en tanto que el 5% (n = 47) señaló haber realizado por lo menos un intento suicida (Pinzón, Guerrero, Moreno, Landínez & Pinzón, 2014).

Las variables asociadas con la ideación alguna vez en la vida fueron los síntomas depresivos definido con un puntaje en la escala CES-D igual o superior a 24 puntos (OR: 7,43), uso de antidepresivos durante el entrenamiento médico (OR: 5,18), percepción de regular o mal rendimiento durante el último año (OR: 3,29), historia de consumo de sustancias ilegales (OR: 2,89), antecedente de depresión en familiares en primer grado de consanguinidad (OR: 2,44)... (Pinzón, et. al, 2015).

Pareciera un factor de riesgo puede llegar a ser la carrera de cada universitario, pues la exigencia ejercida por cada disciplina es diferente, es conocido que los estudiantes de medicina llegan a sentir mayor presión que por ejemplo los de filosofía.

Un estudio realizado por Zhu, Tian y Huebner (2019) en población china arrojo que en este país los jóvenes tienen mayor presión social en cuanto a estudios académicos se refiere, por lo que debe ser contemplado como riesgo de ideación suicida pues en este país los estudios tiene mayor peso que en Occidente, ya que es visto como una tarea de toda la vida y de mejora personal, por lo tanto un buen rendimiento académico servirá para obtener mayor educación y más oportunidades de trabajo todo lo cual contribuye a la aceptación de las familias chinas. Específicamente, este estudio hipotetizó que los factores de riesgo de los síntomas depresivos, ansiedad social, ansiedad académica y disfunción familiar aumentarían la probabilidad de estar en el camino a desarrollar ideación suicida.

Pese a la diferencia educativa entre países, los estudiantes parecen tener mayor riesgo de presentar ideación suicida, por los múltiples factores a los que están expuestos.

## **Método**

### **Planteamiento y justificación del problema**

La prevalencia de ideación suicida en adultos entre 18 y 29 años fue de 9.7%, de los cuales 3.8% reportaron intento suicida, 6 601 210 habitantes mexicanos tuvieron ideación suicida en el transcurso de un año, 593 600 personas intentaron suicidarse, mientras que 99 731 requirieron servicios médicos debido a un intento de suicidio.

Los estudiantes universitarios con rango de edad de entre los 18 y 30 años pueden presentar importantes factores de riesgo para ideación e intento suicida, debido a que es una etapa crítica de cambio social en general, lo que genera una presión significativa en ellos. Los universitarios enfrentan diversas situaciones durante toda su carrera: presión social, estrés, depresión, relaciones intrapersonales, entre otras. Las dificultades para sobrellevar dichas situaciones, aunadas a factores psicosociales diversos, pueden ocasionar trastornos afectivos que podrían derivar en ideación, e incluso conducta suicida. El primer intento de suicidio se presenta aproximadamente un año después de la aparición del primer síntoma de ideación suicida (Sibato & Camargo, 2015) y ya que a nivel mundial el suicidio esta entre las 10 principales causas de muerte, es de suma importancia que se identifique cuando los estudiantes comiencen a presentar ideación suicida.

Año con año en México, se ha incrementado el índice de suicidios. Según estadísticas del INEGI 2015, el porcentaje de muertes por suicidio con respecto al total de muertes violentas es de un 8.7% hasta el 2015 esto en población general. Sin embargo, estudios realizados por Rosales y Córdova (2011) indican que 50% de jóvenes estudiantes de secundaria o bachillerato presentan algún síntoma de ideación suicida; a su vez 27% de los

estudiantes universitarios presentan al menos un síntoma de ideación suicida y un 4% manifestaron que alguna vez pensaron suicidarse.

La importancia de realizar este trabajo es sensibilizar a la población, así como a las universidades, profesores y alumnos acerca del riesgo de suicidio persistente y que de alguna forma estos puedan identificar señales de riesgo para poder ayudar a algún alumno que se encuentre en problemas.

### **Pregunta de investigación**

¿Cuál es la prevalencia de ideación suicida y los factores sociodemográficos asociados a la misma en una muestra de estudiantes universitarios de la Ciudad de México?

## **Objetivos**

### **General**

Describir el riesgo de ideación suicida y los factores sociodemográficos asociados a este en una muestra de estudiantes universitarios de la Ciudad de México.

### **Específicos**

Describir las características sociodemográficas de una muestra de estudiantes universitarios de la Ciudad de México.

Identificar ideación suicida en una muestra de estudiantes universitarios de la ciudad de México.

## **Variables**

### **Definición conceptual**

La ideación suicida es entendida como pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinflingida, sobre las formas deseadas de morir, así como los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir un individuo. Esta ideación puede variar en tipos y grados, los cuales manifiestan desde el deseo de morir —sin una planeación específica de cómo hacerlo—, hasta el deseo de morir de una forma particular con acciones muy concretas (Salamanca & Sibato, 2017).

### **Definición operacional**

Al aplicar el instrumento de San Luis Potosí para medir ideación suicida, el cual evalúa diferentes áreas sociales y personales del participante, se tomaron en cuenta las respuestas de estos, las cuales se interpretan que, a mayor puntaje, mayor ideación suicida.

## **Participantes**

Se incluyó en el estudio a estudiantes de nivel licenciatura mayores de 18 años que accedieron a participar de manera voluntaria y dieron su asentamiento de forma verbal. La muestra quedó conformada por 92 estudiantes universitarios, el promedio de edad fue de 22.42, 27 de los participantes fueron hombres que equivalen al 29.34% y 65 mujeres (70.65%) todos residentes en ciudad de México.

### **Criterios de inclusión**

Estudiantes de nivel licenciatura.

Con edades de 18 a 30 años que accedieron a participar y otorgaron asentimiento de forma verbal.

Que accedan a participar en el estudio.

Que firmen un consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

Que el estudiante tuviera alguna limitación que le impida responder por sí mismo al inventario (ej. deficiencia visual severa).

### **Criterios de eliminación**

Se eliminaron los instrumentos que estuvieran incompletos.

Que el participante decida, por cualquier motivo, retirar el consentimiento.

### **Instrumento**

El instrumento de San Luis Potosí para medir ideación suicida cuenta 84 ítems más uno adicional que se refiere a la necesidad de atención psicológica (ver anexo 1).

Se divide en cuatro secciones, la primera consta de 29 preguntas que abarcan: Preguntas generales (sociodemográficas), sobre la familia y sobre experiencias. La sección dos cuenta con cuatro preguntas que hacen referencia al estado de ánimo. En la sección tres encontramos una escala Likert con 45 ítems con preguntas referentes a las cogniciones. La sección cuatro está compuesta por 4 ítems referentes a pensamientos de muerte.



Por último, el instrumento incluye la pregunta sobre si el sujeto cree necesitar ayuda psicológica.

### **Tipo de estudio**

Descriptivo

### **Diseño de investigación**

No experimental, transversal.

### **Procedimiento**

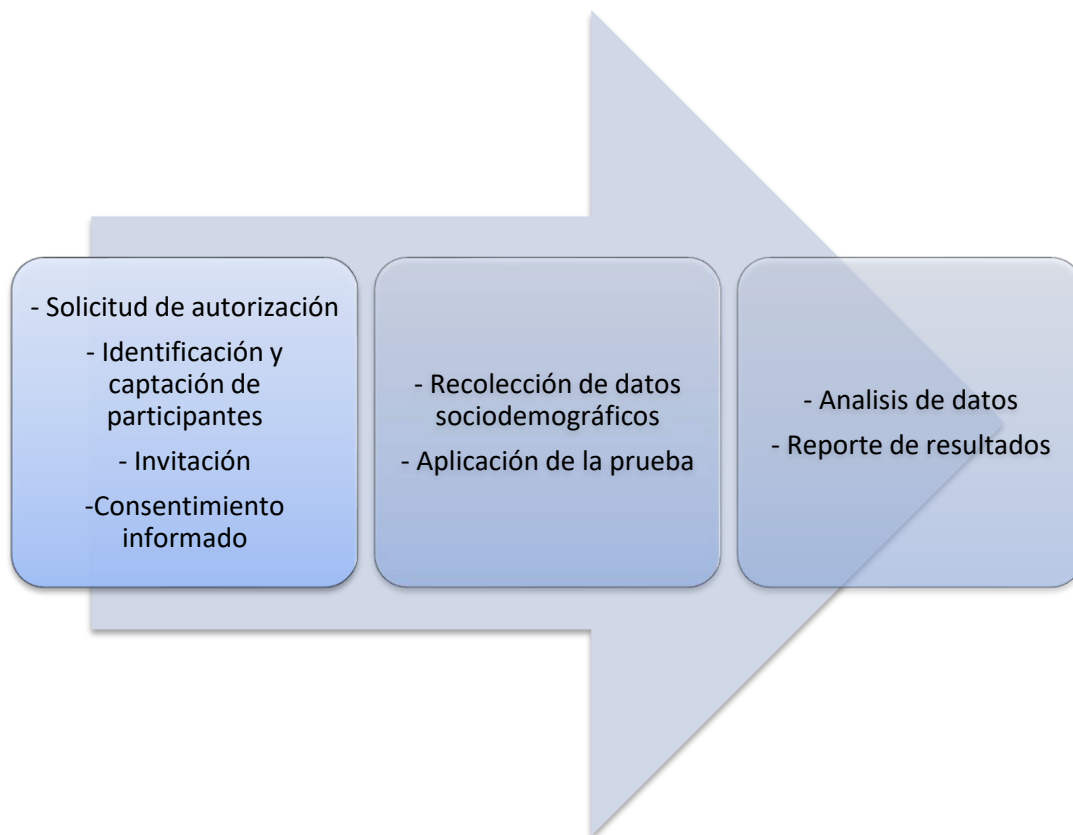
Se desarrollo el protocolo de investigación el cual fue revisado y corregido por el investigador asesor y una vez concluido se compartió con las autoridades de la institución educativa donde se desarrolló la investigación para solicitar autorización de aplicación en las instalaciones de campus una vez obtenida se identificaron los grupos donde se podrían realizar las mediciones, en cada caso se contactó al docente en turno para solicitar autorización a la aplicación en grupo cuando el docente accedía se procedía en el mismo momento a explicar de manera grupal en qué consistía la investigación y en qué consistiría su participación, se les comentó que la participación era voluntaria y que podían negarse sin que eso les afectara de forma alguna, y que si accedían entonces podían dar su asentimiento de manera verbal y se consideraba como consentimiento el que devolvieran la prueba resuelta, se preguntó al grupo si efectivamente querían participar y en todos los casos se obtuvo una respuesta afirmativa. Entonces se les daba una copia del instrumento de evaluación a cada estudiante y se les explicaba cuál sería la forma de responder, se indagó si es que había dudas para resolverlas en el mismo momento, una vez que quedaban

resueltas se procedía a la aplicación del instrumento de evaluación la cual en promedio tomaba 10 minutos.

Una vez que respondían devolvían la prueba al investigador y de manera general se les proporcionaron números de atención telefónica gratuita a los cuales podrían recurrir en caso de que considerara necesitar ayuda adicional esto se hizo de manera grupal para evitar estigma, una vez concluido el proceso, se agradecía la participación tanto a los estudiantes como al docente

### **Procedimiento**

En el siguiente diagrama se muestra el procedimiento para la aplicación del instrumento.



## **Análisis de datos**

Para el análisis se utilizó estadística descriptiva -medidas de tendencia central y de dispersión, frecuencias, porcentajes, tablas y gráficos para la representación de la información con la finalidad de facilitar la interpretación de los datos obtenidos en el instrumento. La información se procesó en el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 20.

## Resultados

Se presentan los resultados de la primera sección del instrumento por partes: Preguntas sociodemográficas; Preguntas sobre la familia; Preguntas sobre experiencias y autolesiones, a fin de facilitar la comprensión.

Al calificar los instrumentos se descartaron cinco de ellos pues no cubrían los criterios de inclusión, por lo que al final la muestra estuvo integrada solo por 92 participantes.

En la tabla 7 se reportan los resultados de las preguntas sociodemográficas, donde se observa que la muestra estuvo integrada principalmente por mujeres con un porcentaje de 70.65% mientras que los participantes varones solo fueron el 29.34%. Del total de participantes el 85.86% eran solteros.

Tabla 7.

*Preguntas sociodemográficas.*

<b>Edad de los participantes</b>	<b>Rango</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>
	11	22.42	2.26
<b>Sexo</b>	<b>Sexo</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
	Femenino	65	70.65
	Masculino	27	29.34
<b>Estado civil</b>	<b>Estado civil</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
	Soltero (a)	79	85.86
	Casado (a)	8	8.69
	Unión libre	5	5.43
<b>Promedio de calificación</b>	<b>Promedio de calificación</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
	7	12	13.04
	8	47	51.08
	9	30	32.6
	10	3	3.26
<b>Rol de estudiante</b>	<b>Rol de estudiante</b>	<b>f</b>	<b>%</b>

<b>Rol de estudiante</b>	Muy malo	1	1.08
	Regular	24	26.08
	Bueno	59	64.13
	Excelente	8	8.69
<b>Religión</b>	<i>Religión</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	No	47	52.17
	Si	44	47.82
<b>Práctica religiosa</b>	<i>Práctica religiosa</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	Nula	4	4.34
	Poca	27	29.34
	Suficiente	13	14.13
<b>Economía familiar</b>	<i>Economía familiar</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	Insuficiente	4	4.34
	Apenas alcanza	57	61.95
	Siempre alcanza	31	33.69
<b>Consumo de sustancias</b>	<i>Consumo alguna sustancia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	Si	30	32.6
	No	62	67.39
<b>Sustancias</b>	<i>Sustancia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	Cigarros	11	22
	Café	15	30
	Cigarros y café	3	6
	Alcohol	9	18
	Drogas	2	4
	Alcohol y drogas	3	6
	Bebidas energizantes	3	6
	Medicamentos	4	8

En la tabla 8 se encuentran los resultados obtenidos en las preguntas relacionadas a la familia, en esta 60.86% de los participantes reportan que la condición económica en la que viven es buena y el 56.52% aún viven con sus padres.

Tabla 8.

*Preguntas sobre la familia.*

	<i>Condición</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<b>Economía Familiar</b>	Muy mala	1	1.08
	Mala	2	2.17
	Regular	25	27.17
	Buena	56	60.86
	Muy buena	8	8.69
<b>Integración familiar</b>	<i>Vive con</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	Solo papá	3	3.26
	Solo mamá	19	20.65
	Ni papá ni mamá	2	2.17
	Papá y mamá	52	56.52
	Otro	16	17.39
<b>Relación con el padre</b>	<i>Relación</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	Muy mala	7	7.6
	Mala	3	3.26
	Regular	18	19.56
	Buena	34	36.95
	Muy buena	17	18.47
	Ninguna de las anteriores	13	14.13
<b>Relación con la madre</b>	<i>Relación</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	Muy mala	5	5.43
	Mala	1	1.08
	Regular	10	10.86
	Buena	32	34.78
	Muy buena	41	44.56
Ninguna de las anteriores	3	3.26	
<b>Disciplina familiar</b>	<i>Disciplina</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	Con muchas reglas y muchos castigos	34	36.95
	Sin reglas ni castigos	2	2.17
	Ni muchas reglas ni muchos castigos	56	60.86

En la tabla 9 se reportan los resultados obtenidos en las preguntas sobre experiencias y autolesiones, es importante resaltar que al menos el 50% de los participantes vivieron una experiencia que les causó sufrimiento, el 21.74% mencionaron que alguna persona cercana a ellos se suicidó y el 19.57% se hicieron daño físico intencionalmente.

Tabla 9.

*Preguntas sobre experiencias y autolesiones*

<b>En el último año ha vivido alguna experiencia que te hizo sufrir</b>	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	Si	46	50
	No, Pasa a la pregunta 18	46	50
<b>Esa experiencia se relacionó con</b>	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	Familia	20	43.48
	Pareja	18	39.13
	Amistades	5	10.87
	Escuela	1	2.17
	Trabajo	2	4.35
	Salud	3	6.52
	Otro	1	2.17
<b>Ha recibido atención psiquiátrica o psicológica</b>	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	Si	45	46.39
	No, Pasa a la pregunta 21	47	48.45
<b>La atención psiquiátrica o psicológica fue por</b>	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	Depresión	15	33.33
	Estrés	4	8.89
	Ansiedad	6	13.33
	Problemas de comportamiento	7	15.56
	Problemas familiares	7	15.56
	Problemas con la pareja	3	6.67
	Otro	6	13.33
<b>Actualmente sigues en tratamiento</b>	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	Si	12	26.67
	No	33	73.33
<b>Alguna vez fuiste víctima de abuso sexual</b>	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	Si	8	8.25
	No	84	86.6

<b>En el último año has sido expuesto (a) situaciones humillantes</b>	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	Si	14	15.22
	No	78	84.78
<b>Alguna persona cercana a ti se ha quitado la vida</b>	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	Si	20	21.74
	No, pasa a la pregunta 25	72	78.26
<b>Esa persona era...</b>	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	Padre o madre	1	5
	Hermano (a)	2	10
	Tío (a) primo (a)	4	20
	Amigo (a)	10	50
	Otro	3	15
<b>Alguna vez te has hecho daño físico intencionalmente</b>	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	Si	18	19.57
	No, pasa a la sección 2	74	80.43
<b>Aproximadamente ¿Cuántas veces te has hecho daño físico sin el propósito de quitarte la vida?</b>	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	Ninguna	2	11.11
	1 vez	5	27.78
	2 veces	2	11.11
	3 veces	1	5.56
	Más de 3	8	44.44
<b>Aproximadamente ¿Cuántas veces te has hecho daño físico con el propósito de quitarte la vida?</b>	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	Ninguna	13	72.22
	1 vez	1	5.56
	2 veces	3	16.67
	3 veces	1	5.56
	Más de 3	0	0
<b>¿Has tenido que recibir atención médica por causa del daño físico que te has hecho?</b>	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	No	15	83.33
	Si, 1 vez	1	5.56
	Si, 2 veces	1	5.56
	Si, 3 veces	0	0
	Si, más de 3	1	5.56
	Si, más de 3	0	0
<b>Escapar de una situación</b>	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	Escapar de una situación	11	61.11



<b>El motivo por el cual te hiciste daño físico fue por</b>	Tenía que hacer algo para cambiar a las personas que me importan	1	5.56
	Comunicar que tan infeliz me sentía	1	5.56
	Buscar o conocer nuevas sensaciones	5	27.78

La sección 2 del instrumento evalúa visión sombría hacia el futuro, la impulsividad y el estado de ánimo, consta de 5 ítems y las opciones de respuesta van de 1 a 6, siendo la puntuación mínima de 5 y la máxima de 30. En esta sección se obtuvo una media de 14.48% y la calificación máxima obtenida fue de 29 puntos, lo que se interpreta como un mayor deterioro del individuo

La sección tres la cual evalúa la percepción de apoyo, se invirtieron los valores de los ítems 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.9, 3.11, 3.13, 3.18, 3.25, 3.29, 3.31, 3.35, 3.39, 3.40, 3.42 y 3.44 con la finalidad de que pueda interpretarse que a mayor puntuación mayor es el deterioro. En esta se obtuvo una calificación mínima de 59, máxima de 125 puntos, los valores mínimos y máximo eran de 45 y 180 puntos respectivamente. La media obtenida fue de 88.93, con una desviación estándar de 15.29.

En la tabla 10 se observan los datos obtenidos de la sección 4, en la cual la calificación mínima es de 4 y la máxima de 10.

Tabla 10

*Ideación suicida.*

<b>Sección 4.</b>	<b>Calificación mínima</b>	<b>Calificación máxima</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>
	4	44	5.27	4.54

Dado que el instrumento no cuenta con puntos de corte se consideraron valores aproximados de 54 a 111 ideación suicida leve, 112 a 169 ideación suicida moderada y de 170 a 226 ideación suicida severa.

Al hacer la sumatoria de la sección 2, 3 y 4 de los instrumentos se obtuvo que un 56.52% de los participantes presentan poca o nada ideación suicida, sin embargo, el 43.47% restante muestran ideación suicida moderada.

## Discusión

El propósito del presente estudio consistió en describir el riesgo de ideación suicida y los factores sociodemográficos asociados a este en una muestra de estudiantes universitarios de la Ciudad de México.

Se encontró que parte importante de la muestra estudiada (43.47%) presenta un riesgo de ideación suicida moderado. En la revisión de la literatura no se encontraron estudios que valoraran el riesgo de ideación como tal, por ello se hace el contraste con las cifras de prevalencia de ideación suicida en población universitaria, y se observa que la cifra de este estudio es superior a lo reportado por Pinzón-Amado, Guerrero, Moreno, Landínez, y Pinzón (2013) en un estudio realizado con estudiantes de medicina en el que 15.7% de los participantes informó haber tenido por lo menos un episodio de ideación suicida serio a lo largo de la vida. Al igual que Villalobos y Galvis (2009) quienes registraron en un estudio realizado con estudiantes universitarios que 18% de los participantes presentaban ideación suicida. Por su parte, Calvo et al. (2003), encontraron que la prevalencia de ideación en universitarios colombianos fue de 3.6% a 18%.

Se considera relevante establecer esta relación dado que existe evidencia de que el mayor riesgo de intento de suicidio se presenta en el primer año luego de la aparición de ideación suicida, independientemente si el plan está o no presente (Nock et al., 2008; Siabato Macías, & Salamanca Camargo, 2015).

Se observó en este estudio que cerca de la mitad de los participantes (46.39%) expresaron haber recibido atención psicológica o psiquiátrica, lo que parece ser congruente con lo

señalado por Natera (2015) respecto a que al menos 40% de las personas que presentan ideación suicida acuden a recibir atención médica o psicológica.

En lo referente a los factores de riesgo de ideación suicida evaluados, se encontró que la depresión es uno de los principales (33.33%), lo que coincide con lo reportado por Rodríguez, Barradas, Delgadillo, Rodríguez y Melo (2017) quienes encontraron su estudio de Prevalencia de ideación suicida en países desarrollados presencia de depresión en el 14.3% de los participantes, al igual que Pinzón-Amado et al., (2013) que indican que entre las variables asociadas con la ideación suicida se encuentran los síntomas depresivos clínicamente significativos durante el último año.

En el estudio Factores asociados a la ideación suicida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 2012 se menciona que los factores familiares son una parte importante para la aparición de ideación suicida, en el presente estudio 15.56% de los participantes acudieron a atención psicológica y/o psiquiátrica a causa de problemas familiares. De acuerdo con la misma fuente uno de los factores de riesgo con mayor peso para la aparición de la ideación suicida es la pérdida de algún familiar o amigo cercano por suicidio, en este estudio 21.74% de los participantes reportó que alguien cercano a él se quitó la vida.

Las autolesiones si bien no son por si solas un factor que indique que el sujeto tiene o presenta ideación suicida, si no un componente que puede interpretarse como la presencia de algún trastorno mental y en este caso el 19.57% de los participantes mencionan que se han hecho daño físico intencionalmente y el principal motivo para hacerlo fue “escapar de una situación” con un 61.11%. En el estudio realizado por Mayer, Morales, Figueroa &

Ulloa se menciona que 7.9% de los entrevistados reportaron autolesionarse y 7.4% dijo tener ideación suicida; ambas fueron más frecuentes en mujeres.

El análisis de los resultados es evidencia de que la ideación suicida tiende a desarrollarse cuando la persona presenta diversos factores de riesgo, es por eso que el instrumento que se utilizó evalúa desde la composición familiar hasta la economía, así como experiencias significativas que hayan marcado al individuo de una u otra forma.

Ahora bien, la ideación suicida es un constructo teórico, una abstracción, la que para medirse requiere de identificar las dimensiones teóricas o factores que la integran, y estos a su vez convertirlos en indicadores operacionales (medibles a través de reactivos) (Cordova, & Rosales 2016).

En este marco entonces es necesario que se contemplen las áreas que tuvieron un porcentaje bajo, por insignificante que parezca. En el rol de estudiante el 1.08% de los participantes se considera como muy malo, por lo que podría reafirmarse los hallazgos de Pizón et al., (2014) pues en su investigación encontraron que en las entrevistas iniciales con jóvenes universitarios, un factor recurrente era el considerarse como mal estudiante, de igual forma en los estudios realizados por Zhue, Tian y Huebner (2019) en población china, la presión que ejerce la población en los universitarios es tal que al no contemplarse como buenos estudiantes, estos comienzan a presentar depresión y como consecuencia ideación suicida.

En el marco de la economía familiar que se contempla como uno de los factores de riesgo de mayor recurrencia en personas con ideación suicida y en esta presente investigación se obtuvo que el 4.34% de los participantes no perciben un ingreso necesario para los gastos del mes, es necesario recordar que Forensis, 2014 citado por Andrade y González (2016)

menciona que en los adultos jóvenes uno de los factores de riesgo más comunes en el suicidio son los problemas económicos, ya que socialmente son los varones los que deben mantener y proporcionar el ingreso económico para sustentar a la familia, aunque las mujeres no se encuentran exentas de dicho factor de riesgo.

Es conocido que el consumo de sustancias psicoactivas suele aumentar el riesgo de suicidio por tanto también se ve incrementada la aparición de ideación suicida, ha sido evidente que en los últimos años el consumo de drogas se disparó significativamente en personas de todas las edades, si se retoman las estadísticas que se han reportado ENCODAT (2017) el consumo de cualquier droga alguna vez en la vida, paso de un 11.3% a 15.0% en población de 18 a 34 años, en comparación con lo reportado en la presente investigación se obtuvo que al menos el 32.6% de los participantes consumen alguna sustancia psicoactiva, habría que indagar sobre el motivo del consumo de estos jóvenes para poder esclarecer que tan en riesgo se encuentran de desarrollar ideación suicida, algún trastorno mental o padecimiento psicológico. En conformidad en el estudio llamado “Factores asociados a la presencia de ideación suicida entre universitarios” se señala que las variables consumo de alcohol y síntomas depresivos presentaron asociación estadística significativa con la ideación suicida con  $p=0,002$  y IC de (1,31; 3,34) y  $pp<0,001$ , IC de (5,75;29,9), respectivamente (Barros Reschetti, Martínez, Nunes & Cabral 2017).

El 36.95% tiene o tuvieron una disciplina familiar con muchas regaldas y castigos, lo que los llevo a tener una mala relación con el padre o la madre y lo que es aún más sorprendente el 50% de los universitarios menciono que en el último año vivieron una experiencia que los hizo sufrir, todos estos factores de riesgo son mencionados por Reyes, Lake, Kleinman, y Gould, (2018), estos mencionan que los universitarios suelen ser muy vulnerables ante tales

circunstancias, a su vez Sánchez, Muela & García retoman que las situaciones adversas y la constante presión en los universitarios es de los detonadores en desarrollar ideación suicida.

La violencia familiar y el abuso físico y sexual han sido asociados con intentos de suicidio y suicidio en jóvenes. En el presente estudio, el antecedente de violación fue el factor de riesgo que más fuertemente se relacionó con ideación suicida, hallazgo similar al reportado por otras publicaciones (Calvo, Sánchez & Tejeda 2003).

Ahora bien, el estudio de ideación suicida indica que personas las cuales han cometido suicidio lo hicieron por un acto impulsivo, es en estos casos cuando la persona tiene un evento desagradable, y no es capaz de controlar sus emociones, dentro de este instrumento se obtuvo que al menos la mitad de los universitarios tiende a ser impulsivo, así como tener una visión sombría del futuro.

## **Conclusiones**

Al analizar el porcentaje de estudiantes con ideación suicida, es evidente que pocos de ellos la presentan, sin embargo, al ser este un tema delicado y al estar en riesgo la vida del sujeto, habría que tomar medidas para solucionarlo.

Dentro del análisis de este instrumento fue evidente que los factores de riesgo para desarrollar ideación suicida van en incremento, que la sociedad en la que se vive desempeña un papel importante en la vida de los estudiantes, que incluso los cambios políticos y económicos interceden de forma positiva o negativa en los sujetos.

El constante creciente del porcentaje de personas que atentan contra su vida es alarmante, aún más cuando se contempla en el porcentaje de personas que se encuentran teniendo algún trastorno mental o estilos de vida que favorecen a desencadenar ideación suicida.

La depresión y ansiedad son trastornos mentales que han ido en aumento, la vida estresante y la presión económica que se sufre en nuestro país puede ser uno de los detonadores de dichas enfermedades, así mismo se ha normalizado el consumo de alcohol y tabaco ya que las personas consumen para descargar sus malestares emocionales.

Es evidente que la mayoría de los estudiantes tienen muchos factores de riesgo, que tendría que desarrollarse una red de apoyo y contención para estos.



## **Alcances.**

Se detectó ideación suicida en estudiantes universitarios.

## **Limitaciones**

Entre las limitaciones de esta investigación se encuentran la dificultad para hacer generalizaciones debido, por un lado, al reducido número de participantes captado y por otro, a fallas metodológicas como la elección del instrumento, que por el momento únicamente resulta útil para el tamizaje dado que carece de puntos de corte y datos acerca de su confiabilidad.

## **Perspectivas futuras de investigación**

Considerando lo anterior, y el hecho de que los resultados descritos en esta tesis ponen de manifiesto la necesidad de realizar estudios a mayor escala y con mayor rigor metodológico, es necesaria la vinculación interinstitucional, la cual permitiría incrementar significativamente el número de participantes, además de estudios longitudinales con componentes cualitativos que permitan una mayor comprensión respecto al fenómeno de ideación suicida en población universitaria.

Se debe considerar entre las perspectivas futuras de investigación el desarrollo de instrumentos idóneos para la evaluación de ideación suicida en población de universitarios mexicanos. Debido a las importantes repercusiones de esta problemática a nivel social y personal, es de vital importancia el desarrollo de intervenciones preventivas en población que egresa del bachillerato a la universidad y durante el desarrollo de la vida universitaria.

Finalmente, se puede afirmar que aún con sus limitaciones, el presente estudio constituye una valiosa contribución a la literatura de investigación sobre ideación suicida en universitarios

mexicanos ya que corrobora la presencia de este fenómeno en una población en la que poco se ha estudiado.

## Referencias

- Alzate, L. Betancur, M. Castaño, J. Cañón, S. Castellanos, P. Guerrero, J. Llanos, C y Tique, J. (2012). *Factores de riesgo suicida según dos cuestionarios de factores asociados a estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia sede Manizales (Colombia), 2011*. Universidad de Manizales, 3, 14
- Andrade, J. Gonzáles, J. (2017). Relación entre riesgo suicida, autoestima, desesperanza estilos de socialización parental en estudiantes de bachillerato. *Psicogente*, 20(37), 70-88.
- Barros, H. Reschetti, S. Martínez, M. Nunes, M. & Cabral, P. (2017, Febrero 13). Factores asociados a la presencia de ideación suicida entre universitarios. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 25, 1-8.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1976) Classification of suicidal behavior. II Dimensions of suicidal intent. *Archives of General Psychiatry*, 33:835-837.
- Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. (2020). El estrés y su salud. Medline Plus Información de salud para usted, retomado de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003211.htm>
- Blandón, O. Carmona, J. Zullan, M. Medina, Ó. (2015). *Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín*. *Rev. Arch Med Camagüey*, 19 (5)
- Borges, G. Orozco, R. Benjet, C. Medina, E. (2017). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. 2018, de Salud Pública de México Sitio web: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6979/8935>
- Calvo, J. Sánchez, R. & Tejeda, P. (2003). Prevalencia y Factores Asociados a Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios. *Salud Pública*, 5, 123-143.

- Calvo, J., Sánchez, R., & Tejada, P. (2003). Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista Salud Pública*, 5(2), 123-143.
- Centros de Integración Juvenil [CIJ] (2016). *Alerta temprana ante el suicidio*. México
- Centros de Integración Juvenil [CIJ] (2018). *Ansiedad y depresión como factores de riesgo en el inicio temprano del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas*. México
- Constanza, S & Buitrago, C. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de medicina*, 11: 62-67.
- Córdoba, M. & Rosales, J. (2016 Julio-Diciembre). Ideación suicida: treinta años de investigación en estudiantes universitarios mexicanos. *Psicología y salud*, 16, 233-243.
- Córdoba, M. & Rosales, J. (2016). Ideación suicida: treinta años de investigación en estudiantes universitarios mexicanos. *Psicología y Salud*, 26 julio- diciembre, 233-243.
- Córdoba, M. Rosales, J. García, M.). (2012, Septiembre 18). Ideación suicida y variables asociadas en jóvenes universitarios del estado de Hidalgo (México): comparación por género. *Psicogente*, 15, 287-301.
- Denis, E. Barradas, M. Delgadillo, R. Denis, P. Melo, G. (2017 Julio- Diciembre). Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un meta análisis. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 8, 32.
- Durkheim, E. (2012). *El Suicidio*. Madrid: Ediciones AKAL
- García de Jalón, E. Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *ANALES Sis Navarra*, 25, 87-97.
- Gutiérrez, G., Contreras, C., Orozco, R. & Rosselli, Ch. (2006) El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29 (5), 66-74.
- Guzmán, F. (2017). Radiografía del suicidio. *El Universal*, 1.

Hernández, H & Flores, R. (2011). El suicidio en México. Papeles de población, 17(68), 69-101. Recuperado en 29 de julio de 2020, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252011000200004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000200004&lng=es&tlng=es).

Hernández, P. & Villarreal, R. (2015). Algunas especificidades entorno a la conducta suicida. MEDISAN. 19: 1048-1055

Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI] (2015). Estadística a propósito del Día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre). México: INEGI.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaria de Salud. (2017). *Encuesta nacional de consumo de drogas alcohol y tabaco.20016 –2017* Reporte de Drogas Recuperado de [https://drive.google.com/file/d/1zIPBiYB3625GBGIW5BX0TT\\_YQN73eWhR/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1zIPBiYB3625GBGIW5BX0TT_YQN73eWhR/view?usp=sharing)

Jiménez, R. & Cardiel, L. (2013). El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. Papeles de población, 19(77), 205-229. Recuperado en 30 de julio de 2020, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252013000300012&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252013000300012&lng=es&tlng=es).

Merino, J. Torreblanca, C. Torres, M. (2017). México tiene un máximo histórico de suicidios. 1 Agosto 2017, de nexos Sitio web: <https://parentesis.nexos.com.mx/?p=14>

Muñoz, É & Gutiérrez, M. (2010). Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño (Colombia): estudios de casos y controles. Revista Colombiana de Psiquiatría. 39, 291-312.

- Natera, G. (2015). El suicidio: la situación en México. 2018, de Conferencia Regional de Salud Mental Santiago de Chile 2015 Sitio web: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/natera-suicide-mexico.pdf>
- NG, B. Chávez, E. Ontiveros, M. (2016). Agresión y suicidio. En Escanamé, V., Arellano, J., *Psiquiatría en la Medicina* (p.p.73- 94), México APM Ediciones y Convenciones en Psiquiatría
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 192(2), 98–105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2010). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en nivel de atención de la salud no especializada.
- Organización Mundial de la Salud Y Organización Panamericana de la Salud [OMS; OPS] (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington, DC
- Pinzón, A. Guerrero, S. Moreno, K. Landínez, C. y Pinzón J. (2014). *Ideación suicida en estudiantes de medicina: prevalencia y factores asociados*. *Rev. Colombiana de Psiquiatría*, 43(S1): 47-55
- Pinzón-Amado, A. Guerrero, S., Moreno, K., Landínez, C., & Pinzón J. (2013). Ideación suicida en estudiantes de medicina: prevalencia y factores asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43 (1), 47-55, <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.005>.
- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida: perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. México D.F: Pax México.

- Quitl Meléndez, M. & Nava, A. (2015). Ideación suicida y su relación con el funcionamiento familiar y diferenciación familiar en jóvenes universitarios tlaxcaltecas. *Acta Universitaria*, 25: 70-74.
- Reyes, G. (2002). Epidemiología de la conducta suicida. *Revista cubana de Medicina General Integral*, 18
- Reyes, J, Lake, A. Kleinman, M. Gould, M. (2018). The Relation between Descriptive Norms, Suicide Ideation, and Suicide Attempts among Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1-12 doi: 10.1111/sltb.12446
- Rodríguez, E. Barradas, M. Delgadillo, R. Rodríguez, P. Melo, G. (2017 julio- diciembre). Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un meta análisis. *Revista iberoamericana para la investigación y el desarrollo educativo*. 2018, de *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*. Sitio web: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ride/v8n15/2007-7467-ride-8-15-00387.pdf>
- Rosales, J. Córdova, M. (2011). Ideación suicida y su relación con variables de identificación personal en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista Intercontinental De Psicología Y Educación*, 13(2), 9-30.
- Salamanca, Y. Sibato, E (2017). Investigaciones sobre ideación suicida en Colombia, 2010 2016. *Pensando Psicología*, 13
- Sánchez, D. Muela, J. y García, A. (2015). *Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes*. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14 (2): 277-290
- Sánchez, R. Cáceres, H y Gómez, D. (2002). *Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados*. *Biomédica*, 22(Su2) pp. 407- 416
- Siabato Macías, E., & Salamanca Camargo, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia Avances de la disciplina*, 9(1),71-81.

- Siabato, E. Salamanca, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia*, 9(1), 71-81.
- Souza, M. y Machorro, M. (2010). Trastorno por consumo de sustancias y comorbilidad depresiva. En Souza, M., Cruz, *Psiquiatría de las adicciones. Guía para profesionales de la salud* (p.p.131- 137), México Fondo de Cultura Económica.
- Toro, R. Grajales, F. Sarmiento, J. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 16(4), 473-486.
- Zhu, X. Tian, L. & Huebner, E. (2019). Trajectories of Suicidal Ideation from Middle Childhood to Early Adolescence: Risk and Protective Factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 1-17 doi: <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01087-y>



# ANEXOS



## UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

¡HOLA! Somos un grupo de investigación cuyo interés es conocer lo que viven, sienten y piensan jóvenes como tú. Por lo que solicitamos tu cooperación contestando el presente cuestionario. No tienes que preocuparte por la confidencialidad de la información que nos proporciones ya que el cuestionario es anónimo. Si tienes alguna duda pregúntale al aplicador(a).

**SECCIÓN1.** En cada pregunta anota el dato que se te pide, o marca con un tache (X) o una paloma (✓), la opción que consideres adecuada para ti en la columna de Respuesta.

<b>PREGUNTAS GENERALES</b>	<b>RESPUESTA:</b>
1. ¿Edad (en años cumplidos)?	Años: _____
2. ¿Sexo?	( ) 1. Masculino ( ) 2. Femenino
3. ¿Estado civil?	( ) 1. Soltero(a) ( ) 2. Casado(a), Unión Libre
4. ¿Cuál es tu promedio de calificación actual en la escuela donde estás?	( ) 5 de Calificación ( ) 6 de Calificación ( ) 7 de Calificación ( ) 8 de Calificación ( ) 9 de Calificación ( ) 10 de Calificación
5. ¿Cómo te consideras en el rol de estudiante?	( ) 1. Muy Malo ( ) 2. Malo ( ) 3. Regular ( ) 4. Bueno ( ) 5. Excelente
6. ¿Tienes alguna religión?	( ) 1. No → pasa a la pregunta 8 ( ) 2. Si
7. ¿Tu práctica religiosa es ..?	( ) 1. Nula ( ) 2. Poca ( ) 3. Suficiente ( ) 4. Mucha
8. ¿El dinero con el que cuentas para tus gastos semanalmente es....?	( ) 1. Insuficiente, nunca me alcanza para mis necesidades ( ) 2. Apenas me alcanza para lo mínimo necesario ( ) 3. Siempre me alcanza para todo lo que necesito y más
9. ¿Necesitas consumir o tomar algo para sentirte bien? (café, cigarros, etc.)	( ) 1. Si ( ) 2. No → pasa a la pregunta 11
10. ¿Qué es lo que acostumbras consumir para sentirte bien? (puedes indicar más de una opción colocando 1 en el paréntesis al más importante, 2 al que le sigue de importancia, etc.)	( ) 1 Cigarros ( ) 2. Café ( ) 3. Cigarros y café ( ) 4. Alcohol ( ) 5. Drogas ( ) 6. Alcohol y Drogas ( ) 7. Bebidas energizantes ( ) 8 Medicamentos ( ) 9. Otro: ¿Cuál? _____
<b>PREGUNTAS SOBRE LA FAMILIA</b>	<b>RESPUESTA:</b>
11. ¿La condición económica de tu familia es...?	( ) 1. Muy Mala ( ) 2. Mala ( ) 3. Regular ( ) 4. Buena ( ) 5. Muy Buena
12. En tú familia ¿vives con....?	( ) 1. Solo papá ( ) 2. Solo mamá ( ) 3. Ni papá ni mamá ( ) 4. Papá y mamá ( ) 6. Otro ¿Cuál? _____
13. ¿La relación con tú papá es...?	( ) 1. Muy Mala ( ) 2. Mala ( ) 3 Regular ( ) 4. Buena ( ) 5. Muy Buena ( ) 6. Ninguna de las anteriores
14. La relación con tú mamá es...?	( ) 1. Muy Mala ( ) 2. Mala ( ) 3 Regular ( ) 4. Buena ( ) 5. Muy Buena ( ) 6. Ninguna de las anteriores
15. ¿La disciplina que ejercieron sobre de ti en la infancia y adolescencia fue...?	( ) 1. Con muchas reglas y/o muchos castigos ( ) 2. Sin reglas ni castigos ( ) 3. Ni muchas reglas ni muchos castigos
<b>PREGUNTAS SOBRE EXPERIENCIAS</b>	<b>RESPUESTA:</b>
16. En el último año ¿has vivido alguna experiencia que te hizo sufrir o te causó mucho daño?	( ) 1. Si ( ) 2. No → pasa a la pregunta 18
17. Esa experiencia, ¿se relacionó con...?	( ) 1. Familia ( ) 2. Pareja ( ) 3. Amistades ( ) 4. Escuela ( ) 5. Trabajo ( ) 6. Salud ( ) 7. Otro ¿cuál? _____
18. ¿Has recibido atención psicológica o psiquiátrica?	( ) 1. Si ( ) 2. No → pasa a la pregunta 21
19. ¿La causa por la que recibiste atención psicológica fue por...?(puedes indicar más de una opción colocando 1 en el paréntesis al más	( ) 1. Depresión ( ) 2. Estrés ( ) 3. Ansiedad ( ) 4. Problemas de Comportamiento ( ) 5. Problemas Familiares ( ) 6. Problemas con tu pareja ( ) 7. Otro ¿Cuál? _____

importante, 2 al que le sigue de importancia, etc.)	
20. ¿Actualmente sigues en tratamiento psicológico o psiquiátrico?	<input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No
<b>21. ¿Alguna vez has sido víctima de abuso sexual?</b>	<input type="checkbox"/> <b>1. Si</b> <input type="checkbox"/> <b>2. No</b>
<b>22. En el último año. ¿Has sido expuesto a situaciones humillantes?</b>	<input type="checkbox"/> <b>1. Si</b> <input type="checkbox"/> <b>2. No</b>
23. ¿Alguna persona cercana a ti se ha quitado la vida o se ha hecho daño físico con el propósito de quitarse la vida?	<input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. <del>No</del> <b>→No (pasa a la pregunta 25)</b>
<b>24. Ésta persona, era o es....?</b>	<input type="checkbox"/> <b>1. Padre o madre</b> <input type="checkbox"/> <b>2. Hermano(a)</b> <input type="checkbox"/> <b>3. Tío(a), primo(a)</b> <input type="checkbox"/> <b>4. Amigo (a)</b> <input type="checkbox"/> <b>5. Otro ¿Cuál?</b> _____
25. ¿Alguna vez te has hecho daño físico intencionalmente (tomar cantidad excesiva de medicamentos, cortarte, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <del>pasa</del> <b>→pasa a la SECCIÓN 2</b>
<b>26. Aproximadamente, ¿cuántas veces te has hecho daño físico SIN el propósito de quitarte la vida?</b>	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> 3 veces <input type="checkbox"/> Más de 3
27. Aproximadamente, ¿cuántas veces te has hecho daño físico <b>CON</b> el propósito de quitarte la vida?:	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> 3 veces <input type="checkbox"/> Más de 3
<b>28. ¿Has tenido que recibir atención médica por causa del daño físico que te has hecho?</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>Si, 1 vez</b> <input type="checkbox"/> <b>Si, 2 veces</b> <input type="checkbox"/> <b>Si, 3 veces</b> <input type="checkbox"/> <b>Si, Más de 3</b>
29. El principal motivo por el que te hiciste daño físico intencionalmente fue:	<input type="checkbox"/> 1. Por tratar de escapar de una situación insostenible <input type="checkbox"/> 2. Tenía que hacer algo para cambiar a la(s) persona(s) que me importa(n) <input type="checkbox"/> 3. Comunicar a la(s) persona(s) que me importa(n) que tan infeliz me sentía y que necesitaba ayuda <input type="checkbox"/> 4. Buscar o conocer nuevas sensaciones <input type="checkbox"/> 5. Otro ¿cuál? _____

**SECCIÓN 2.** Marca con un tache (X) o una paloma (✓) que tanto tiempo, durante las dos últimas semanas, te has sentido de la siguiente manera:

	100% del tiempo	80% del tiempo	60% del tiempo	40% del tiempo	20% del tiempo	0% del tiempo
2. 1. He estado muy nervioso(a)	6	5	4	3	2	1
2.2. Me he sentido calmado(a) y en paz	1	2	3	4	5	6
2.3. Me he sentido triste y melancólico(a)	6	5	4	3	2	1
2.4. Me he sentido abatido(a), que nada me puede animar	6	5	4	3	2	1
2.5. Me he sentido feliz	1	2	3	4	5	6

**SECCIÓN 3.** Lee atentamente cada frase y anota el grado de desacuerdo o acuerdo. En cada frase responde colocando un círculo alrededor del número. Los números representan un continuo que va de COMPLETAMENTE EN DESACUERDO (número 1) hasta COMPLETAMENTE DE ACUERDO (número 4). Fíjate en el ejemplo que sigue:

¿EN QUÉ GRADO ESTAS DE ACUERDO CON ESTA AFIRMACION?	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	MODERAMENTE EN DESACUERDO	MODERAMENTE DE ACUERDO	COMPLETAMENTE DE ACUERDO
<i>Quiero caerle bien a algunas personas</i>	1	2	3	4

En este ejemplo, la persona marcó la última casilla indicando que está COMPLETAMENTE DE ACUERDO en caerles bien a algunas personas. Ahora marca tu respuesta para cada una de las afirmaciones que siguen.

¿EN QUÉ GRADO ESTAS DE ACUERDO CON ESTAS AFIRMACIONES?	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	MODERAMENTE EN DESACUERDO	MODERAMENTE DE ACUERDO	COMPLETAMENTE DE ACUERDO
3.1. Mi familia trata realmente de ayudarme	1	2	3	4
<b>3.2. Puedo contar con mis amigos(as) cuando las cosas van mal</b>	1	2	3	4
3.3. Puedo hablar de mis problemas con mi familia	1	2	3	4
<b>3.4. Tengo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia</b>	1	2	3	4
3.5. Mis amigos(as) tratan realmente de ayudarme	1	2	3	4
<b>3.6. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos(as)</b>	1	2	3	4
3.7. Tengo gran fe en el futuro	1	2	3	4
<b>3.8. Mi futuro parece oscuro</b>	1	2	3	4
3.9. En el futuro preveo tiempos mejores que peores	1	2	3	4
<b>3.10. No consigo oportunidades y no hay razón para creer que las tenga en el futuro</b>	1	2	3	4
3.11. Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza	1	2	3	4
<b>3.12. Es poco probable que logre verdadera satisfacción en el futuro</b>	1	2	3	4

3.13. En el futuro espero tener éxito en lo que más me interesa	1	2	3	4
<b>3.14. Es una estupidez desear algo, pues nunca consigo lo que quiero</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
3.15. Me resulta difícil esperar en una cola	1	2	3	4
<b>3.16. Hago cosas impulsivamente</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
3.17. Gasto dinero impulsivamente	1	2	3	4
<b>3.18. Planeo cosas con anticipación</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
3.19. Pierdo la paciencia a menudo	1	2	3	4
<b>3.20. Tengo dificultad para concentrarme</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
3.21. Tengo dificultad para controlar mis impulsos sexuales	1	2	3	4
<b>3.22. Digo lo primero que me viene a la cabeza</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
3.23. Como aun cuando no tengo hambre	1	2	3	4
<b>3.24. Soy impulsivo(a)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
3.25. Termino las cosas que empiezo	1	2	3	4
<b>3.26. Tengo dificultad para controlar mis emociones</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
3.27. Me distraigo fácilmente	1	2	3	4
<b>3.28. Tengo dificultad para quedarme quieto(a)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>¿EN QUÉ GRADO ESTAS DE ACUERDO CON ESTAS AFIRMACIONES?</b>	<b>COMPLETAMENTE EN DESACUERDO</b>	<b>MODERAMENTE EN DESACUERDO</b>	<b>MODERAMENTE DE ACUERDO</b>	<b>COMPLETAMENTE DE ACUERDO</b>
3.29. Soy cuidadoso(a) o cauteloso(a)	1	2	3	4
<b>3.30. En ocasiones, cuando estoy tenso(a), me es imposible controlarlo</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
3.31. Quiero hacer bien algunas cosas	1	2	3	4
<b>3.32. A veces es desagradable cuando no le agrado a la gente</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
3.33. En ocasiones, cuando estoy tenso(a), pienso que siempre estaré de esa manera	1	2	3	4
<b>3.34. En ocasiones, cuando estoy tenso(a), me resulta difícil funcionar</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
3.35. Necesito hacer algunas cosas bien	1	2	3	4
<b>3.36. Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, me es difícil funcionar</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
3.37. A veces es terrible cuando no le gusto a la gente	1	2	3	4
<b>3.38. En ocasiones, cuando no hago las cosas bien, me es difícil funcionar</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
3.39. En ocasiones es frustrante cuando estoy tenso(a)	1	2	3	4
<b>3.40. Es esencial que haga bien algunas cosas</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

3.41. Algunas veces cuando no le agrado a la gente me siento trastornado(a)	1	2	3	4
<b>3.42. En ocasiones es frustrante cuando no hago las cosas bien</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
3.43. Algunas veces es insoportable cuando estoy tenso(a)	1	2	3	4
<b>3.44. Es importante que haga bien algunas cosas</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
3.45. A veces es insoportable cuando no hago las cosas bien	1	2	3	4

**SECCIÓN 4.** Marca con un tache (X) o una paloma (✓) Qué tan frecuente la semana pasada tuviste alguno de los siguientes pensamientos:

<i>Pensamiento</i>	<b>0</b> Casi Nunca (Menos de 1 día)	<b>1</b> Pocas veces (1 a 2 días)	<b>2</b> Regularmente (3 a 4 días)	<b>3</b> La mayor parte del tiempo (5 a 7 días)
4.1. Pensé en la muerte				
4.2. Que mi familia y amigos estarían mejor si yo estuviera muerto(a)				
4.3. Pensé en matarme				
4.4. Qué me mataría si encontrara o tuviera la manera de hacerlo				

Finalmente, ¿Consideras que necesitas ayuda psicológica? ( ) 1. Si ( ) 2. No

**¡ G R A C I A S ¡**

En caso de requerir ayuda puede llamar a los siguientes números	
Radio Abierta	5483-7000
Cruz Roja	5259-8121 ext. 3961
Locatel	5556-581111