



---

Universidad Autónoma del Estado de México

Facultad de Ciencias de la Conducta

**Modelo de Riesgo Suicida en adolescentes  
entre 15 y 20 años de edad.**

**TESIS**

Para Obtener el Grado de:

Doctora en Ciencias de la Salud

Presenta:

Mtra. en Psic. Thalia Monserrat Honorato Bernal.

**Número de cuenta: 0624561**

Comité Tutorial:

Dra. en Inv. Psic. Norma Ivonne González Arratia López Fuentes.

Tutor Académico

Dra. en Psic. Ana Olivia Ruiz Martínez.

Tutor Interno

Dra. en Psic. Patricia Andrade Palos.

Tutor Externo



Toluca, Estado de México, Marzo, 2020.



Universidad Autónoma del Estado de México  
Facultad de Ciencias de la Conducta

Doctorado en Ciencias de la Salud

Jueves 6 de febrero de 2020.

### DICTÁMEN APROBATORIO DE VOTOS

Los docentes que integran el **COMITÉ DE TUTORES** de la maestra: Thalía Monserrat Honorato Bernal, egresada del programa del Doctorado en Ciencias de la Salud de la generación 2017 - 2020 quien realizó el trabajo de tesis titulado: "Modelo predictivo de riesgo suicida en adolescentes entre 15 y 20 años de edad", bajo la Tutoría Académica de la Dra. Norma Ivonne González Arratia López Fuentes, ha sido dirigido, revisado y discutido, por lo que se ha considerado **DICTAMINARLO COMO APROBADO**, ya que reúne los requisitos que exige el Artículo 75 del Reglamento de Estudios Avanzados de la Universidad Autónoma del Estado de México.

#### ATENTAMENTE

PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

*"2020, año del XXV Aniversario de los Estudios de Doctorado de la UAEM"*

Dra. Norma Ivonne González Arratia López Fuentes  
Tutor Académico

Dra. Ana Olivia Ruíz Martínez  
Tutor Interno

Dra. Patricia Andrade Palos  
Tutor Externo

C.C.P. Archivo  
C.C.P. Interesado

Filberto Gómez s/n Barrio de Tlacopa,  
Col. Guadalupe. C.P. 50010  
Toluca, Estado de México  
Tel. (722) 2720076  
[www.facico-uaemex.mx](http://www.facico-uaemex.mx)





Universidad Autónoma del Estado de México  
Facultad de Ciencias de la Conducta

Doctorado en Ciencias de la Salud

Acta de Votos Aprobatorios de Tesis

Fecha: 6 de febrero de 2020.

Nombre de la Alumna (a): Thalia Monserrat Honorato Bernal.

Título de la tesis: "Modelo Predictivo de Riesgo Suicida en Adolescentes entre 15 y 20 años de edad".

| PORCENTAJES     | Nombre   | Dictamen<br>(Aprobado o Rechazado) | Observaciones |
|-----------------|--|------------------------------------|---------------|
| Tutor académico | Dra. Norma Ivonne González Arratia López Fuentes | Aprobado                           |               |
| Tutor Interno   | Dra. Ana Olivia Ruiz Martínez                    | Aprobado                           |               |
| Tutor externo   | Dra. Patricia Andrade Palos                      | Aprobado                           |               |

Dra. Norma Ivonne González Arratia López  
Fuentes  
Tutor Académico

Dra. Ana Olivia Ruiz Martínez

Tutor Interno

Dra. Patricia Andrade Palos

Tutor Externo

C.C.P. Archivo  
C.C.P. Interesado

Filberto Gómez s/n Barrio de Tlacopa,  
Col. Guadalupe. C.P. 50010  
Toluca, Estado de México  
Tel. (722) 2720076  
www.facico-usemex.mx



## ÍNDICE

|   | Página |
|---|--------|
| Resumen.....  | 9      |
| Introducción.....   | 10     |
| 1 Antecedentes.....   | 13     |
| 1.1 Suicidio.....   | 13     |
| 1.2 Teorías, modelos explicativos y factores de riesgo y protección del suicidio..... | 16     |
| 1.3 Riesgo Suicida.....   | 27     |
| 1.4 Estrés cotidiano familiar.....  | 31     |
| 1.5 Autoestima.....   | 32     |
| 1.6 Afrontamiento.....  | 34     |
| 1.7 Depresión.....  | 37     |
| 1.8 Desesperanza.....   | 39     |
| 1.9 Impulsividad.....   | 41     |
| 1.10 Razones de Vida.....   | 43     |
| 1.11 Modelo hipotetizado de riesgo suicida.....                                       | 46     |
| 2 Planteamiento del problema.....   | 47     |
| 3 Justificación.....  | 48     |
| 4 Hipótesis.....  | 49     |
| 5 Objetivos: general y específicos.....   | 49     |
| 6 Diseño metodológico.....  | 50     |
| 6.1 Tipo de estudio.....  | 50     |
| 6.2 Diseño de estudio.....  | 50     |
| 6.3 Universo y muestra.....   | 51     |
| 6.4 Criterios de inclusión y exclusión.....   | 51     |
| 6.5 Variables de estudio.....   | 52     |

|   | Página |
|---|--------|
| 6.6 Instrumentos.....                                       | 54     |
| 6.7 Procedimiento.....                                      | 59     |
| 6.8 Recolección de datos.....                               | 60     |
| 6.9 Análisis de Datos.....                                  | 60     |
| 6.10 Aspectos Éticos.....                                   | 61     |
| 7 Resultados.....   | 66     |
| 7.1 Artículo aceptado y publicado.....                      | 66     |
| 7.1.1 Título.....   | 66     |
| 7.1.2 Página frontal del manuscrito.....                    | 66     |
| 7.1.3 Carta de aceptación.....                              | 67     |
| 7.1.4 Resumen.....  | 68     |
| 7.1.5 Apartados del artículo.....                           | 69     |
| 7.1.5.1 Introducción.....                                   | 69     |
| 7.1.5.2 Método.....   | 71     |
| 7.1.5.3 Resultados.....                                     | 74     |
| 7.1.5.4 Discusión y conclusiones .....                      | 79     |
| 7.1.5.5 Referencias.....                                    | 80     |
| 7.2 Artículo enviado.....                                   | 85     |
| 7.2.1 Título.....   | 85     |
| 7.2.2 Carta de envío y carta de recepción del artículo..... | 86     |
| 7.2.3 Resumen.....  | 87     |
| 7.2.4 Apartados del artículo.....                           | 88     |
| 7.2.4.1 Introducción.....                                   | 88     |
| 7.2.4.2 Método.....   | 92     |
| 7.2.4.3 Resultados.....                                     | 94     |
| 7.2.4.4 Discusión y conclusiones.....                       | 99     |
| 7.2.4.5 Referencias.....                                    | 101    |

|   | Página |
|---|--------|
| 8 Resultados adicionales.....   | 104    |
| 8.1 Artículos en desarrollo.....  | 104    |
| 8.1.1 Artículo 1.....   | 104    |
| 8.1.1.1 Título.....   | 104    |
| 8.1.1.2 Resumen.....  | 104    |
| 8.1.2 Artículo 2.....   | 105    |
| 8.1.2.1 Título.....   | 105    |
| 8.1.2.2 Resumen.....  | 105    |
| 8.2 Resultados de las fases de estudio.....                                 | 106    |
| 9 Discusión.....  | 118    |
| 10 Conclusiones.....  | 127    |
| 11 Bibliohemerografía utilizada.....  | 128    |
| 12 Anexos.....  | 145    |
| A Registro de protocolo de tesis.....                                       | 145    |
| B Registro del proyecto al Comité de Investigación y a CICMED-<br>UAEM..... | 146    |
| C Cartas de consentimiento y asentimiento<br>informado.....                 | 147    |
| D Instrumentos aplicados.....   | 150    |
| E Resultados del AFE y AFC de los<br>instrumentos.....                      | 172    |
| F Memorias de Congresos.....  | 184    |
| G Reporte de Originalidad.....  | 188    |

## Resumen

El suicidio es una problemática que se encuentra en aumento tanto en México como en el mundo. Uno de los grupos etarios más vulnerables en esta problemática son los adolescentes, por ello el presente trabajo tuvo como finalidad proponer un modelo teórico explicativo del riesgo suicida en esta población. En consecuencia, este estudio inicia con una breve revisión sobre el suicidio, teorías y modelos explicativos del mismo, así como factores asociados tanto de riesgo como de protección. Posteriormente tras la revisión teórica se propone un modelo hipotético de riesgo suicida en adolescentes a partir de las variables: estrés cotidiano familiar, afrontamiento, autoestima, depresión, impulsividad y desesperanza.

Para poner a prueba el modelo se contó con una muestra de 593 participantes estudiantes de nivel medio superior de tres instituciones públicas de la ciudad de Toluca, México. El estudio se dividió en tres fases: 1. Validación de instrumentos (escala de estrés cotidiano familiar de González-Forteza, 1992; cuestionario de autoestima de González-Arratia, 2011; cuestionario de afrontamiento de Tobin, *et. al.*, 2006 adaptado por Cano, *et. al.*, 2006; inventario de depresión de Beck, BDI-II, 2006; escala de desesperanza de Córdova, Rosales & Eguiluz, 2005; escala de impulsividad de Plutchik, 1986, inventario de razones de vida para adolescentes RFL-A de Osman, *et. al.*, 2006 y la escala de riesgo suicida de Plutchik, 1989), 2. Análisis de interrelación y 3. Verificación del modelo hipotetizado del riesgo suicida en adolescentes entre 15 y 19 años de edad.

El modelo hipotetizado de riesgo suicida no pudo ser comprobado ya que no obtuvo los indicadores adecuados de parsimonia y ajuste. Sin embargo, en el análisis de regresión múltiple se encontró que en la medida que existan síntomas de depresión, bajas razones para vivir, alta impulsividad, que se tenga mayor uso de estrategias de afrontamiento centradas en el estancamiento y baja autoestima, es más probable la manifestación de riesgo suicida en adolescentes en un 56 por ciento.

Se concluye que, la depresión es un factor clave para la salud mental del adolescente. Estos resultados contribuyen a la evidencia teórica de factores protectores y de riesgo ante el riesgo suicida para el desarrollo de programas de intervención.

## Introducción

El suicidio es el acto mediante el cual una persona termina con su vida, a pesar de que estadísticamente no muestra una distribución uniforme en el tiempo, las tasas de suicidio se han incrementado; por lo que, se ha convertido en un problema de salud pública al afectar la morbilidad y mortalidad de la población. Este fenómeno en México como en el mundo, se posiciona como la segunda causa de muerte en personas entre 15 y 29 años de Edad (OMS, 2014; INEGI, 2014). Dentro de este rango de edad se encuentran dos grupos poblacionales: adolescentes y adultos; si bien ambos grupos requieren de atención, los adolescentes se encuentran dentro del rango de mayor incidencia de suicidio a nivel nacional (INEGI, 2016). Lo cual se debe a que, es una etapa de múltiples cambios físicos, psicológicos y sociales que, los posiciona como un grupo vulnerable, por consiguiente, la presente investigación trabajó con este segmento poblacional. Dado que es importante la prevención, se consideró una muestra no clínica, puesto que este tipo de muestra, permite identificar individuos que tienen potencial para desarrollar un fenómeno de estudio y consecuentemente identificar aquellas variables que tienen mayor presencia y los hacen más vulnerables, lo cual a su vez provee de elementos que sirvan no sólo para profundizar en estudios posteriores si no en la generación de programas y modelos teóricos que sean un sustento para profesionales de la salud e investigadores, en el análisis, prevención y diagnóstico del suicidio en adolescentes.

Respecto a la teoría subyacente sobre el suicidio, se encontró que, no es sólo un fenómeno complejo que abarca un espectro de comportamientos que inician con la ideación y finalizan en la tentativa suicida que puede lograr o no el cometido, sino que, además, se ven involucrados múltiples factores concatenados que en conjunto llevan a una persona a quitarse la vida. Lo anterior derivó en múltiples cuestionamientos enfocados a qué contribuía en mayor medida a que una persona optara por querer quitarse la vida, en consecuencia se revisaron factores protectores y de riesgo asociados al suicidio de manera general y aquellos factores importantes en el desarrollo de los adolescentes, por consiguiente a partir de esta revisión se propuso un modelo explicativo de riesgo suicida en adolescentes compuesto por las variables: estrés cotidiano familiar, autoestima, afrontamiento, depresión, desesperanza, impulsividad, y razones de vida.

La obtención de datos se realizó a través de: un cuestionario de datos sociodemográficos, la escala de estrés cotidiano familiar de González Forteza (1992), el cuestionario de autoestima de González Arratia (2011), el cuestionario de Afrontamiento de Tobin, *et al.* (2006) adaptado por

Cano, *et al.* (2006), el inventario de Depresión de Beck BDI-II (2006), la escala de desesperanza de Cordova, Rosales & Eguiluz (2005), la escala de impulsividad de Plutchik (1996), el inventario de razones de vida para adolescentes RFL-A de Osman, *et. Al.* (1996; 1998) y la escala de riesgo suicidio de Plutchik (1989).

Se trabajó con una muestra no probabilística intencional de 593 participantes adolescentes entre 15 a 20 años de edad (Media=16.95, DE=1.00), 202 hombres y 391 mujeres, todos estudiantes de tres instituciones públicas de educación medio superior de la Ciudad de Toluca, Estado de México. Para dar cumplimiento al objetivo se dividió el trabajo en 3 fases: la fase 1 consistió en la validación de los instrumentos, en tanto la fase 2 implicó un análisis de correlación entre las variables y sus dimensiones, finalmente la fase 3 consistió en poner a prueba el modelo hipotetizado de riesgo suicida en adolescentes.

Los resultados indican que, los instrumentos contaron con indicadores aceptables de validez y confiabilidad. Así mismo, de acuerdo con los datos descriptivos de cada variable, se encontraron bajas puntuaciones en estrés cotidiano familiar, desesperanza, depresión y riesgo suicida y puntuaciones altas en las variables autoestima, afrontamiento, impulsividad y razones para vivir. En cuanto a las diferencias por sexo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en: las dimensiones dificultades con la madre y problemas papás, así como en la puntuación total de la variable estrés cotidiano familiar, en las dimensiones yo, familia, fracaso y afectivo emocional y en la puntuación total de la variable autoestima, de la variable afrontamiento en las dimensiones resolución de problemas, pensamiento desiderativo, evitación de problemas y estrategias centradas en el estancamiento, en autoconcepto negativo de la variable desesperanza y en la puntuación total de la variable depresión.

Respecto a la fase 2, se encontraron correlaciones positivas y negativas como se esperaba entre las variables evaluadas, lo cual, permitió plantearse la posibilidad de pasar a la siguiente fase, la cual tiene como propósito poner a prueba del modelo hipotetizado de riesgo suicida a través del SEM. Sin embargo, el modelo propuesto no alcanzó los índices de ajuste requeridos, lo que llevó a sólo considerar un paso previo al mismo con un análisis de regresión múltiple el cual permitió determinar que los síntomas de depresión, seguidos de bajas razones de vida y la impulsividad, son los primeros factores que contribuyen a la explicación del riesgo suicida.

Si bien, ha sido ampliamente documentado que la depresión es un importante factor de riesgo al suicidio, estos datos corroboran la importancia de ésta variable en el caso de los adolescentes.

De ahí que es indispensable contar con herramientas útiles para la identificación de sintomatología depresiva en estos grupos de edad, ya que la detección temprana de la misma será posible el establecimiento de intervenciones en pro del bienestar emocional de los individuos.

El estudio del riesgo suicida requiere que considerar la inclusión de múltiples variables, por lo que en futuros estudios se hace necesario la inclusión de características de personalidad, así como factores de índole social los cuales no fueron incluidos en este estudio, que sin duda darán mayor evidencia de la compleja interacción de las variables.

## 1. Antecedentes

### 1.1 Suicidio

El suicidio es un tema complejo, abarca una serie de conductas que concluyen con la muerte del individuo. Es un fenómeno multicausal, con efectos adversos tanto para quien lo comete como para su entorno próximo y la sociedad misma. El término lingüístico de la palabra suicidio es relativamente reciente, el referente más cercano al mismo del cual se tiene registro, se encuentra en la obra “Etimología del Suicidio” del teólogo francés Gauthier de Saint Victor en el año 1177/1178, en el cual, se refiere a la muerte de Séneca como un “Auto-asesinato”; este término se diluyó ya que se consideraba como un acto monstruoso o proporcionaba desprestigio, y fue así hasta después del siglo XVII, en donde comienza el uso de la palabra suicidio (o similares) con al menos una doble significación, la primera sustentada en Van Hooft, David Daube, Charleton, Tomas Browne y Caramuel (escritores y filósofos de los años 1700) quienes sostienen una vinculación del vocablo *suicidium* (del francés medieval del siglo IX): “abbatage des porcs” y con “swine-slaye (sus=swine), en ambos casos *significarían*: matanza de un cerdo. La segunda significación se refiere al término *suicidium* el cual proviene de *sui*: sí mismo y *caedere*- matar; vocablo que finalmente se incorpora en la Academia Francesa de Lengua en 1762 y en la Real Academia Española en 1817, por tanto, en la construcción conceptual vigente (Salman, 2011).

De acuerdo con Morón (1992) el suicidio ha acompañado al ser humano desde la antigüedad, y aunque el acto en sí mismo producía la muerte, su significación difiere en torno al lugar y tiempo; tal es así que en la antigua Grecia el suicidio era un acto reprobable, aunque a la vista de filósofos cínicos y escépticos era aceptable, mientras que, en Roma, este acto era aceptado para los esclavos no así para los ciudadanos a excepción de la presencia de un sufrimiento insostenible. Por otra parte, en la India, los sabios durante las fiestas religiosas en búsqueda de la nirvana o liberación absoluta del mal, podían suicidarse; en cambio en oriente, en el Tíbet y en China, el suicidio se permitía debido a la búsqueda de la perfección o ante un ataque eminente, así, era preferible quitarse por sí mismos la vida a morir en manos enemigas; de forma paralela en Japón, la figura del hara-kiri o Sepukku, es decir el ritual de desentrañamiento propio, se realizaba como un acto de honor o como medio para alcanzar a sus deidades. En contraparte en occidente, los cristianos prohibieron el suicidio, existiendo una gran represión de este acto de manera dura hasta el siglo

XVII, posteriormente a partir de la Revolución Industrial surgió la noción del suicidio como parte de una libertad del ser humano y como un posible producto de factores sociales o culturales.

Si bien, este comportamiento autodestructivo voluntario, se suscita en una etapa de alta sensibilidad (Marchiori, 1993), no es un hecho esporádico, más bien, surge de un proceso previo al cual se le denomina *Conducta Suicida* o *Comportamiento Suicida*, este proceso implica un amplio espectro de eventos que van desde la ideación hasta el atentado suicida (Man, 1998), o la consumación del acto en sí mismo; dicho continuo comprende: la idea de suicidio (representación mental del acto), preparación del suicidio (comportamientos y actos preparatorios de la acción) y el suicidio (acto de matarse). En caso de sobrevivir se denomina intento suicida (Marchiori, 1993). Al mismo tiempo en algunas ocasiones se encuentran las advertencias o amenazas suicidas, las cuales generalmente comprenden: relatos-advertencias verbales sobre la ideación suicida, notas-escritos suicidas y grabaciones / videos (Beck, Rush, Shawn & Emery, 2010).

Con base en lo anterior, se pueden establecer dos indicadores primordiales en la conducta suicida: 1) la ideación suicida y 2) el intento de suicidio. Respecto al primero, la ideación suicida se considera como el primer eslabón en el comportamiento suicida, es concebida como aquellos “pensamientos sobre autolesiones, con la consideración deliberada o la planificación de las posibles técnicas para causar la propia muerte” (Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V, 2014; p.825). Si bien, en sí misma no necesariamente lleva al intento de suicidio (Boeninger, Masyn, Feldman & Conger, 2010), su presencia es motivo de atención por el potencial de peligro que conlleva (Coffin, Álvarez & Marín, 2011), pues se vincula con la planificación e intento suicida (Kwon, *et al.*, 2016; Borges, Orozco & Medina-Mora, 2012), y es considerada como un predictor del suicidio (Eguiluz, 1995; Jiménez & González-Forteza, 2003).

En tanto, el intento suicida es la acción mediante la cual se intenta quitar una persona la vida, sin lograr dicho cometido y es independiente al grado de intencionalidad del individuo (Morales, Echávarri, Barros, Zuloaga & Taylor, 2016). Dado sus consecuencias físicas es altamente probable que las personas se encuentren en un estado de vulnerabilidad por lo que requerirán atención médica; además representa un precedente para futuros intentos de suicidio (García-Rabago, *et al.*, 2010; Pérez-Olmos, Rodríguez-Sandoval, Dussán-Buitrago & Ayala-Aguilera, 2007; Jena & Sidhartha, 2004; Wichstrom, 2000). El intento suicida puede evaluarse en: primer grado (deliberado, planeado, premeditado y se quitan la vida por sí mismos), segundo grado (de tipo impulsivo, no planeado, bajo una provocación o circunstancias comprometedoras) y tercer grado

(el individuo pone su vida en peligro, hay una voluntad de autolesionarse, la diferencia es que la intención de morir es baja ya que el método es relativamente inofensivo o por que ha previsto la posibilidad de ser rescatado); en cuanto a los motivos por el cual las personas desean morir se han encontrado: deseo de escapar mental o físicamente del dolor, la fantasía del eterno descanso o de vida con los seres amados, enfado, rabia y venganza, culpa, vergüenza y expiación, deseo de ser rescatado, renacer o empezar de nuevo e incluso para hacer una declaración o comunicación importante. Así mismo, las ideas destructivas o impulsos pueden activarse o incrementarse bajo la influencia de estrés emocional, agotamiento físico o alcohol (Department of the Army, 2015).

Además, se han encontrado diferencias entre hombres y mujeres. En México los datos de intento suicida en adolescentes durante 1997 al 2000, indican que en la ciudad de México el intento de suicidio fue mayor en mujeres que en hombres, aunque la severidad del intento fue mayor en hombres ya que uno de cada cuatro requirió hospitalización/tratamiento por las lesiones, en contraparte, en las mujeres fue de una por cada cinco que requirió atención medica; así mismo se asociaron al intento en ambos sexos a problemas familiares (conflictos, maltrato, violencia, humillaciones y castigos), sentimientos de soledad, tristeza y depresión (González-Forteza, *et al.*, 2002). Por su parte Echeberúa (2015) indica que las tasas de suicidio son menores en las mujeres porque su determinación y letalidad para atentar contra su vida son menores que en el caso de los hombres, así mismo se podría deber a que las mujeres manifiestan menor tendencia a la violencia y un sentido de misión protectora de la vida por lo que el método para atentar contra sí mismas es más pasivo y menos agresivo, además ante problemas interpersonales graves parece ser un recurso para llamar la atención sobre estos por su poca habilidad para afrontarlos de manera más favorable; en contraparte, los hombres presentan dificultades en el manejo de sus problemas interpersonales, a afrontar la soledad y ruptura de la pareja, así como mayor impulsividad y dificultad para hablar de sus problemas y pedir ayuda ante el sufrimiento.

Lo anterior coincide con Marchiori (1993) quien indica que la diferencia en los comportamientos suicidas e intentos de suicidio en hombres y mujeres se encuentra vinculado a las armas, medios o instrumentos utilizados, además ellos utilizan medios más directos y poseen una mayor conciencia de su deseo e intento de autodestruirse, en tanto la mujer advierte más sus ideas e intenciones pero su elección no encuentra correspondencia a la idea de perder la vida; por consiguiente aunque no es posible generalizar lo antes descrito es parte de un patrón esperado para hombres y mujeres respecto a la conducta suicida derivado de la construcción de identidad de

género, estereotipos y mandatos culturales que moldean la forma de respuesta (activa o pasiva) ante hechos o sucesos y a su vez en la autopercepción de malestar, la búsqueda de soluciones y/o el bienestar subjetivo (Zorreguita, 2010).

Por lo anterior, Jiménez, *et al.* (2003) sugieren a partir de la revisión de los estudios elaborados entre los años 1986 y 2003 en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales (DIEP) del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF) la inclusión de la perspectiva de género en el estudio del suicidio, a fin de tener una mayor comprensión y poder proporcionar una explicación más amplia en torno a las diferencias entre mujeres y hombres, así como ahondar en investigaciones de tipo evaluativo para contribuir en la prevención primaria (identificación de factores protectores) y secundaria (identificación de factores de riesgo).

Sin embargo, independientemente de si se es hombre o mujer, una de las grandes interrogantes frente al suicidio es: ¿por qué se comete?, pregunta que ha motivado a la elaboración de teorías y modelos explicativos, así como al estudio de factores vinculados al suicidio. Dado la amplitud de enfoques de abordaje sobre esta temática, a continuación, se abordan de manera breve aquellas teorías, modelos y factores asociados que han cobrado mayor relevancia por su impacto y su vinculación con el suicidio.

## **1.2 Teorías, modelos explicativos y factores de riesgo y protección del suicidio.**

Las teorías explicativas del suicidio se encuentran agrupadas en dos grandes vertientes, las teorías de corte neurobiológico y aquellas que corresponden al ámbito de la psicología, ambas se describen a continuación:

*Teoría de Neurobiología de la Conducta Suicida:* esta teoría apunta a aquellos factores que inciden en la conducta suicida ya sean genéticos o parte del sistema de serotonina del ser humano. En el aspecto genético se ha encontrado una asociación entre la conducta suicida y el polimorfismo 5-HTTLPR presente en el gen SLC6A4 (Sarmiento-Hernández, *et al.*, 2014; Tovilla-Zarate & Genis, 2012). Además, se ha encontrado asociación entre la conducta suicida, la ansiedad, depresión e impulsividad con la alteración en el sistema de neurotransmisión nora-adrenérgica, dopinamérgica y serotoninérgico (Tovilla-Zarate, *et al.*, 2012; Gutiérrez-García & Contreras, 2008). Así mismo, estudios genealógicos han encontrado que aquellos con precedentes familiares suicidas tienen mayor riesgo al suicidio, aunque la asociación se vincula a la comorbilidad de otros trastornos mentales y no sólo el factor genético en este tipo de familias; el mismo autor indica que

otros aspectos biológicos relacionados son: el sistema de poliamidas (asociado al sistema de respuesta al estrés y la regulación de neurotransmisores), alteraciones en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal- HPA, bajos niveles de colesterol, disfunción glial y regiones o circuitos neuronales disfuncionales (Aldavero, 2018).

*Teorías Psicológicas del Suicidio:* dentro del ámbito de la psicología se han propuesto algunas teorías en torno a las causas que llevan a una persona a terminar con su propia vida, entre ellas se encuentran:

- *El suicidio como escape de sí mismo:* Baumeister (1990, citado en Barzilay & Apter, 2014), sostenía que las personas se quitaban la vida a fin de escapar de una situación adversa y obtener así un alivio ante un estado insoportable, esto sucedía ante la presencia de una gran frustración de objetivos, la disparidad entre las expectativas y la realidad, así como posibles adversidades que en conjunto llevaban a una sensación de fracaso personal; este mismo autor consideraba además, que el individuo tendría características particulares como una tendencia mayor al auto culpa y aversión así mismo derivadas de la falta de capacidad para el logro y una implacable comparación entre el yo percibido y el yo deseado, lo cual generaba emociones negativas, inhibición conductual o la aparición comportamientos mortales.
- *Teoría Interpersonal del Suicidio:* postula que los individuos tienen la percepción de ser una carga para los demás, hay una gran frustración y una falta de pertenencia, a la par los individuos no solo manifiestan un deseo de morir si no que desarrollan la capacidad para poder quitarse por sí mismos la vida, aspecto que aumenta el riesgo a que en efecto por sí mismos terminen con su vida (Seo & Kwon, 2017).
- *Teoría Psicoanalítica:* Freud manifiesta la existencia de dos pulsiones fundamentales, el Eros y el Tanathos, pulsiones de vida y de muerte respectivamente, unas tendientes a la creación y las otras a la destrucción (Barrionuevo, 2009). A partir de lo anterior, se establece un enlace entre la tendencia autodestructiva y la interiorización de la cultura en el individuo, es decir, si bien la internalización cultural posibilita crear vínculos y desarrollarse socialmente, las restricciones propias de la cultura también impiden actos con tendencia destructiva ya sea para sí mismo o el exterior. Cuando la hostilidad no sufre una mutilación a fin de posibilitar en mejor medida el desarrollo del individuo dentro de la misma, esta puede dirigirse hacia el exterior o hacia sí mismos cuando el masoquismo del yo y el

sadismo del súper yo se unifican (Tubert, 2005) potencializando a la par la pulsión de muerte, lo cual, se manifestará como intento de suicidio, suicidio o en patologías de acto variadas (Barrionuevo, 2009).

- *Teoría Cognitiva*: considera al suicidio como la complicación letal de la depresión. Bajo esta perspectiva, los deseos de suicidio se pueden entender como la expresión extrema ante el deseo de escapar de lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerante (Beck, *et al.*, 2010). En el modelo cognitivo básico, la conducta suicida deriva del desarrollo de la llamada triada cognitiva depresiva, la cual se compone por: una visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro; así el individuo ve y vive su entorno y experiencias con base en este esquema disfuncional, por tanto, se enfoca más en la posibilidad de fracaso, la negación de sus propias habilidades, la reiteración de pensamientos negativos y eventualmente a un malestar psicológico (Ronald, 2013).

Ahora bien, además de teorías, en los últimos años se han desarrollado estudios empíricos a través de los cuales se han generado modelos explicativos del suicidio a partir del análisis de múltiples variables; algunos de estos modelos son:

*Modelo de Fazakas, Rnic y Dozois*: Fazakas, *et al.* (2017) en una muestra de 397 estudiantes de entre 17 y 43 años de edad probó un modelo integrador de factores de riesgo para el desarrollo y escalada de la ideación suicida compuesto por: distorsiones cognitivas (desesperanza y evaluaciones negativas del yo y del futuro) y déficit cognitivo (déficit de resolución de problemas, de evitación y rigidez cognitiva) utilizando para ello la técnica estadística de modelo de ecuaciones estructurales. Dentro de sus resultados reportan que, las distorsiones cognitivas tienen un impacto más fuerte en el pensamiento suicida que los déficits cognitivos, pero estos tienen un efecto indirecto en la ideación a través de las distorsiones, finalmente refieren que las distorsiones cognitivas y los déficits se consideraron importantes para entender la tendencia al suicidio y podrían tener implicaciones en el área de prevención y tratamiento (ver figura 1).

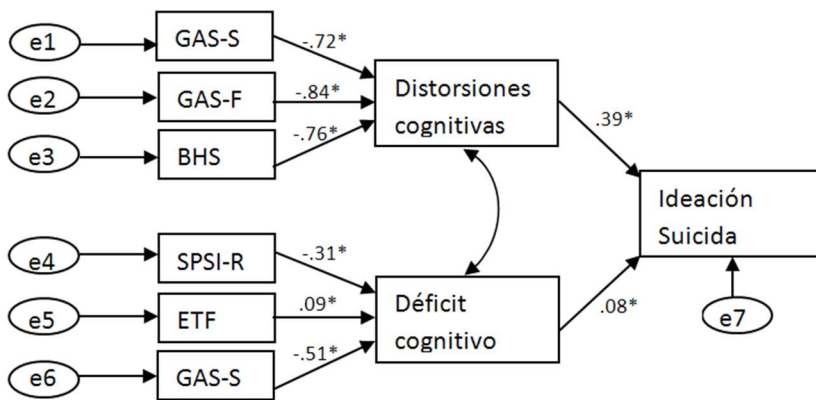


Figura 1. Modelo de distorsiones cognitivas y déficits cognitivos de la Ideación Suicida  
Fuente: Fazakas-De Hoong, Rnic y Dozois (2017). Traducción propia.

*Modelo de Fraijo, Cuamba, Corral, Tapia & Montiel Carbajal:* Fraijo, et al. (2012) realizaron un estudio para probar un modelo psicosocial explicativo del comportamiento suicida a través del programa de modelado de ecuaciones estructurales (EQS) y la técnica de modelamiento de ecuaciones estructurales (MEE) en una muestra de 102 adolescentes de entre 12 y 17 años de edad separados en dos grupos (uno compuesto por 51 individuos con comportamiento suicida y el otro con población sin comportamiento suicida de Hermosillo, Sonora). Utilizaron las escalas de relación de la dinámica familiar, tácticas de conflictos, depresión CES-D, autoestima de Rosenberg, afrontamiento de Frydenberg y Lewis, de ideación suicida de Roberts, preguntas en torno al intento suicida, la segunda parte del inventario de Ansiedad-Rasgo-Estado y un cuestionario de datos sociodemográficos.

Los autores reportan asociaciones significativas entre las variables personales, así como de disfunción familiar, la ideación suicida y el parasuicidio. Los factores personales y las relaciones familiares se asociaron a la ideación suicida, la disfunción familiar resultó como origen del comportamiento suicida, a su vez mantuvo relación directa con la disfunción personal, la cual afectó de manera directa a la ideación suicida que influye a su vez al suicidio tal como se aprecia en la figura 2.

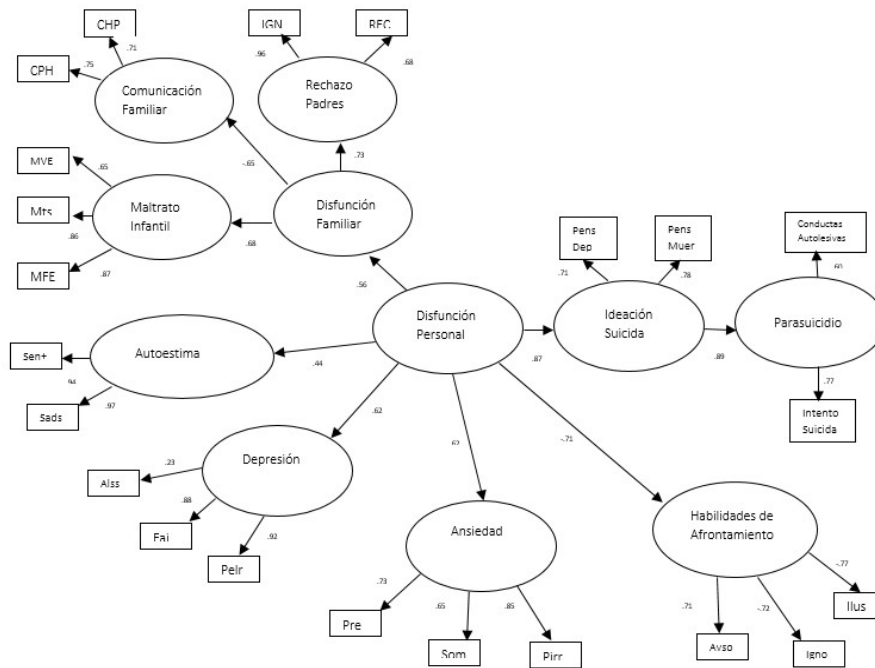


Fig. 2. Modelo Estructural explicativo del Comportamiento Suicida  
Fuente: Fraijo, *et al.* (2012). Traducción propia.

*Modelo Explicativo de los Actos Suicidas de Carballo, Akamnonu y Oquendo: Carballo, et al.* (2008) realizaron un modelo explicativo de los actos suicidas vinculando factores de riesgo clínico y psicológico con anomalías neurobiológicas asociadas al comportamiento suicida. Proponen que los factores de desarrollo tanto psicológicos o clínicos, así como biológicos pueden ser importantes precedentes, consideran endofenotipos (componentes incontables presentes en la ruta de una enfermedad y su término), marcadores de tipo: clínico (impulsividad/agresión, pesimismo/neuroticismo y desesperanza), neuroquímico (serotonina 5-HT, bajo CSF E-HIAA, Norepinefrina, Dopamina) y neuroendocrino (Eje hipotálamo-pituitario-adrenal/HPA.), además encuentran relacionados: los genes (vinculado al sistema serotoninérgico, sistema noradrenérgico y sistema dopaminérgico) y la adversidad en la infancia. Así, esencialmente hipotética que la genética y las adversidades en la infancia influyen en la función HPA que actuando de manera ligada con la neuroquímica cerebral y la presencia de un estresor, relacionados a los endofenotipos clínicos que en conjunto son el vínculo entre el comportamiento suicida y los factores de riesgo (ver figura 3).

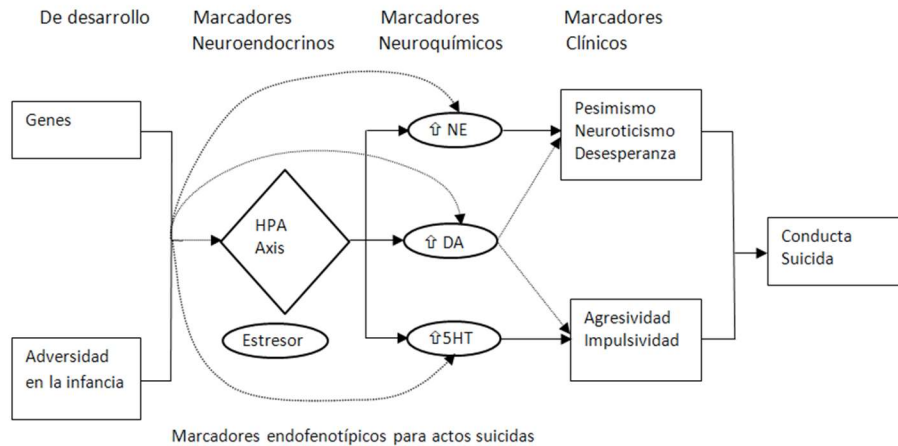


Figura 3. Modelo Explicativo de los Actos Suicidas  
Fuente: Carballo, Akamnonu y Oquendo (2008). Traducción propia.

*Modelo de Suicidio de Yoshimasu, Kiyohara y Miyashita:* Yoshimasu, *et al.* (2008) realizaron un meta-análisis para evaluar los efectos de los factores de riesgo comunes para el suicidio de datos extraídos a través de la autopsia psicológica. Consideraron trastornos relacionados con sustancias, trastornos del estado de ánimo, estatus marital adverso, situación laboral adversa y comportamientos auto dañinos. Reportan una asociación de trastornos relacionados con el consumo de sustancias y de motricidad con el riesgo de suicidio.

La tentativa suicida y el auto daño asociados con el suicidio estaban fuertemente relacionados con el Riesgo Suicida, los trastornos depresivos mostraron una fuerte asociación con el Riesgo Suicida tanto en hombres como en mujeres, especialmente en poblaciones de adultos mayores, sin embargo, refieren que ésta puede estar mediada por diversos factores sociales y otros trastornos mentales. Por tanto, en relación a sus resultados presentan dos modelos de suicidio a través del modelo de trayectorias, como se muestra en la Figura 4.

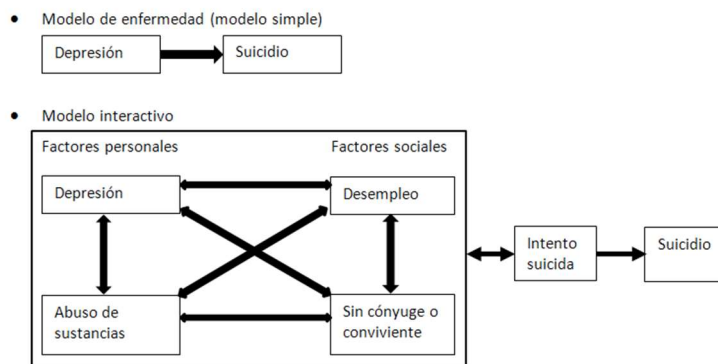


Fig. 4. Modelos de Suicidio de Yoshimasu, Kiyohara y Miyashita  
Fuente: Yoshimasu, *et al.* (2008). Traducción propia.

*Modelo de la Conducta Suicida de Mann, Waternaux, Hass y Malone: Mann, et al. (1999)* realizaron un estudio para determinar la generalización e importancia relativa de los factores de riesgo para los actos suicidas. A través de los límites diagnósticos desarrollaron un modelo hipotético explicativo predictivo del comportamiento suicida en 347 pacientes psiquiátricos entre 14 y 72 años de edad, con un CI superior a 80. Utilizaron: la escala de depresión de Hamilton, la escala de SAPS y SANS (para psicosis), la escala BPRS (para psicopatología general), el inventario de depresión de Beck, la escala de Desesperanza de Beck, evaluación diagnóstica a través de entrevistas clínicas en función del eje I y II del DSM-III-R , el inventario de Agresión de Brown-Goodwin, el Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee, la escala de Impulsividad de Barrat, la Escala de St. Paul-Ramsey (para eventos de vida), y el Inventario de razones de vida. Indican que 184 (53%) pacientes había realizado un intento de suicidio previo y 118 (64%) tenían múltiples intentos.

Además, reportan que el factor de rasgo agresividad e impulsividad fue más significativo entre quienes intentaron suicidarse que los que no y tuvieron un periodo de depresión más corto, aunque manifestaron episodios depresivos mayores o de psicosis a lo largo de su historia de vida, así mismo quienes tuvieron depresión mayor recurrente o esquizofrenia tuvieron intento suicida al inicio de la enfermedad. Conjuntamente, aquellos que intentaron quitarse la vida reportaron menores razones de vida, mayor depresión subjetiva, desesperanza e ideación suicida que aquellos que no habían atentado contra sí mismos.

Derivado de lo anterior, los autores propusieron un modelo explicativo del suicidio (ver figura 5), en el cual se aprecia que, la presencia de eventos depresivos o de psicosis en la vida de las personas antecede a un cuadro compuesto por la presencia de desesperanza, depresión percibida e ideación suicida que preceden la planeación suicida que en conjunto con la impulsividad propician el acto suicida, a su vez la baja actividad serotoninérgica influirá en la impulsividad y esto a su vez en la agresividad; así mismo, la baja actividad serotoninérgica tendrá una relación con el alcoholismo, fumar, el abuso de sustancias y las lesiones cerebrales (p. 185).

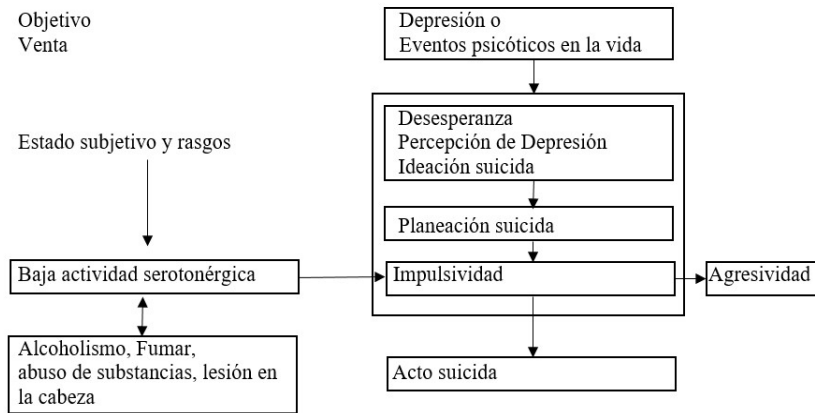


Figura 5. Modelo de Conducta Suicida Mann, Waternaux, Hass y Malone  
Fuente: Mann, Waternaux, Hass y Malone (1999). Traducción propia.

*Modelo estrés-diátesis de Mann:* Mann (1998) a partir de su revisión teórica e investigación considera que, la predisposición al comportamiento suicida (o diátesis) puede contribuir a la distinción de pacientes de alto y bajo riesgo de suicidio. Propone un modelo estresor–diátesis, en el cual se indica que los estresores son externos y factores precipitantes en el acto suicida, mientras que la diátesis o vulnerabilidad se caracteriza por la predisposición de un sujeto para cometer suicidio. Así, en el acto suicida los estresores se asocian ante la presencia de enfermedad psiquiátrica, uso de alcohol o sedantes, enfermedad y eventos adversos de la vida; en cambio, la diátesis o vulnerabilidad al suicidio se encuentra influenciada por factores genéticos, la crianza parental, enfermedad crónica (especialmente que afecte al cerebro como epilepsia, enfermedad de Huntington y migraña), alcoholismo, abuso de sustancias y nivel de colesterol (p. 25). Lo anterior puede visualizarse en la Figura 6 que se muestra a continuación:

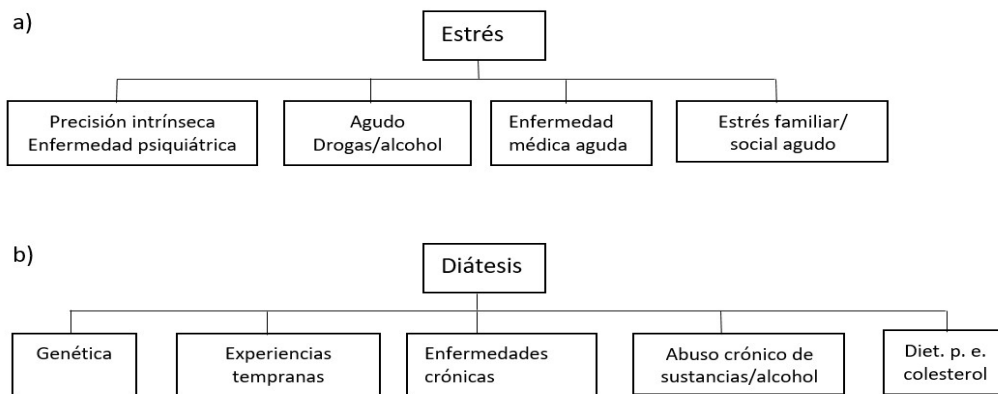


Figura 6. Modelo de Mann  
Fuente: Mann (1998).

Además, a partir de estudios postmortem y la explicación neurobiológica del suicidio, el autor indica que, hay una influencia mutua entre la actividad serotoninérgica- diátesis así como de la actividad noradrenérgica-, y a su vez, la actividad noradrenérgica es influenciada por el HPZ Axis (Eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal axis); recomendando así, que en la detección de pacientes de alto riesgo se incluya la indagación de intentos de suicidio (propios y en la familia), evidencia de impulsividad-agresión, ideación suicida, desesperanza y depresión (p.29).

*Modelo arquitectónico de Mack (1986, citado en Villardón, 1993):* este modelo se compone por elementos que explican la conducta destructiva desde una perspectiva multidimensional; en el primer nivel se encuentra el macrocosmos o contexto sociopolítico, en el segundo nivel se refiere a la vulnerabilidad biológica del sujeto, el tercer nivel lo constituyen las experiencias vividas en las primera etapas del desarrollo, en el cuarto nivel se encuentra la estructura de organización de la personalidad, en el quinto nivel se incluyen las relaciones objetales que mantienen el individuo y el estado de sus relaciones con otros cuando se desarrolló la preocupación suicida, finalmente el último nivel se centra en la evidencia de patología y depresión clínica.

*Modelo Sociológico de Durkheim (1897/2008):* Este autor plantea que, la muerte es resultado directo o indirecto de actuar de un individuo sabiendo que, con ello, tendrá como resultado su muerte. Se considera al individuo como perteneciente de una comunidad, la cual le proporciona un marco de referencia y un soporte para sí mismo, no obstante, logra una dicotomía individuo-sociedad, por consecuencia la muerte no es solo una manifestación individual. Si el individuo considera que su muerte favorecerá de algún modo a otros será un suicidio de tipo altruista; en cambio si la presión social lo lleva a su muerte será un suicidio del tipo fatalista; si el individuo busca obtener algún beneficio y/o mira solo por sí mismo, será un suicidio egoísta, en cambio, si la sociedad cuenta con elementos de tipo anómico en su estructura, no sostiene a sus miembros, carece de una estructura de valores, no existe el control y poder social suficiente, en consecuencia el individuo está en desamparo y se suicida ante tal situación, a este tipo de suicidio se le conoce como suicidio de tipo anómico.

Si bien tanto las teorías como los modelos dilucidan en gran manera una serie de factores asociados al suicidio, dada la diversidad de los mismos y a fin de diferenciarlos se han hecho dos grandes grupos para su estudio de manera más específica. Así se establecen los factores de protección y los factores de riesgo; los cuales se puntualizan a continuación.

*Factores protectores y de riesgo:* los factores protectores son aquellos que atenúan los efectos negativos de una situación adversa o característica individual, familiar o social que coloca a una persona en una situación más vulnerable, es decir es una barrera que permite al individuo sobreponerse a situaciones difíciles. En contraparte, un factor de riesgo es cualquier característica que coloca a una persona en una elevada probabilidad de daño. Cuando se habla de suicidio, se hace referencia a la presencia de aquellos factores negativos que potencializan que acontezca este hecho indeseado y los factores protectores serán aquellos que disminuyan este potencial. Ambos factores se encuentran de manera más o menos presente en las personas, por lo cual se ha de prestar atención a su grado de manifestación.

Dentro de los factores de riesgo, los reportes anecdóticos han encontrado que la impulsividad puede ser un vínculo importante respecto a la conducta suicida (Eisner, 2010) así como la agresión, la desesperanza, la percepción corporal, las dificultades en la comunicación y pertenencia, orientación sexual, religión, conducta suicida en amigos y familiares, alcohol y depresión (Santos, Marcon, Espinosa & Paulo, 2017).

Además, Cáceda (2014) incluye: humor deprimido, ira, comportamiento impulso y agresivo, intentos previos, abuso de sustancias, desesperanza, déficit en la resolución de problemas, problemas familiares (baja cohesión, alto conflicto relaciones insatisfactorias entre padres e hijos y abuso (físico y/o sexual), en el área interpersonal se incluye el pobre apoyo familiar y de amigos, aislamiento, victimización por pares y abandono emocional. Así mismo clasifica los factores de riesgo vinculados al suicidio en:

- Predisponentes: factores biológicos, disfunción serotoninérgica, noradrenérgica y dopaminérgica, hiperactividad del eje hipotalámico, hipófisis-adrenal, hipoxia crónica e infecciones (p.e. HIV, *Toxoplasma gondii*).
- Clínicos: síntomas depresivos graves, estar dentro de los primeros tres meses del inicio de un episodio depresivo, estar o haber sido hospitalizado previamente, comorbilidad con el Eje I (del DSM-V), trastornos o rasgos de personalidad (p.e. borderline, antisocial), enfermedad crónica, intentos previos de suicidio de manera personal o de algún familiar.
- Demográficos o factores sociales: género, raza, edad, aislamiento social, historia en la niñez de abuso físico o sexual, pérdida parental por muerte antes de los 11 años, castigo corporal en la adolescencia, antecedentes familiares de maltrato infantil.

- Desencadenantes: duelo reciente, crisis o pérdidas sociales, financieras o familiares, eventos negativos de la vida, desempleo o problemas financieros, acceso a medios con mayor letalidad, contagio o exposición reciente al suicidio, intoxicación aguda por sustancias, estar recientemente viudo, separado o divorciado.
- Psicológicos: agresión, hostilidad o tendencia a la impulsividad, pensamientos suicidas, desesperanza, baja autoestima, sentimientos de fracaso, falta de restricciones religiosas o morales contra el suicidio.

Además, Hernández Cervantes (2017) indica como factores de riesgo: características personales (psicopatología en particular trastornos depresivos, intentos previos de suicidio, factores cognoscitivos y de personalidad, como rasgos depresivos, deficiencias en torno a la resolución de problemas, comportamiento agresivo-impulsivo, orientación sexual, y factores biológicos), características familiares (historia de conducta suicida en la familia de los individuos, psicopatología parental, divorcio, disfunción en la relación padre-hijo), circunstancias adversas de vida (sucesos de vida estresantes, abuso físico y/o sexual) y ambiente social (nivel económico, problemas en la escuela o trabajo, impacto por contagio o imitación); además alude a la cohesión familiar y la religiosidad como factores protectores. Por su parte, Mars *et al.* (2019) encontraron en adolescentes con intento suicida mayor manifestación de autolesiones, depresión y ansiedad que aquellos que sólo tenían ideación suicida, así mismo indican como factores de riesgo: ser mujer, tener bajo coeficiente intelectual, impulsividad, insatisfacción corporal, desesperanza y consumo de sustancias ilícitas.

Como se puede apreciar con todo lo antes expuesto, existen diversos factores asociados al suicidio, abordados desde distintas disciplinas y niveles de profundidad, además dado que la conducta suicida implica varios elementos relacionados entre sí, para continuar, fue necesario resolver en este punto: ¿qué de la conducta suicida se estudiaría? para eventualmente determinar los factores asociados que serían abordados en el presente trabajo. Por consiguiente, dado que se puede establecer que la carencia o poca presencia de factores protectores a la par de la manifestación de múltiples factores riesgo colocan al individuo en una alta vulnerabilidad en la cual visualiza el suicidio como una opción, este estudio se enfocó en el riesgo suicida; por ello a continuación se explica de manera sucinta.

### 1.3 Riesgo Suicida

Beck, Kovacs y Weissman (1979) indican que el riesgo suicida es: “una declaración predictiva de la probabilidad de ocurrencia de un intento de suicidio fatal y puede ser concebida en términos de una compleja ecuación” (p. 344); dentro de esta ecuación ellos mismos refieren que se encuentran factores de riesgo como: el conocimiento y/o acceso del individuo de métodos letales, género, ideación suicida e incluso factores intangibles como lo es el apoyo social.

De manera complementaria, Yoshimasu. *et al.* (2008) refieren que los factores de riesgo suicida, pueden dividirse en individuales (trastornos mentales, vulnerabilidad por historia familiar con suicidio, trastornos físico y aislamiento) y sociales (factores familiares, divorcio, desempleo y acontecimientos estresantes de la vida). Además, ha sido ampliamente documentado que hay factores que aumentan este riesgo, como la presencia de impulsividad, baja autoestima y consumo de drogas, mientras que, otros factores disminuyen este riesgo tal como el apoyo y la red social (Quintanar, 2007).

Al respecto, Bravo-Andrade, López-Peñaloza, De la Roca-Chiapas y Rodríguez (2016) realizaron un estudio con la finalidad de determinar las correlaciones entre las relaciones intrafamiliares y el riesgo suicida en estudiantes de primer ingreso al bachillerato, la muestra fue de 512 estudiantes (55.7% mujeres), en un rango de edad de 14 a 18 años de edad, respecto a sus resultados reportan: de los participantes 11.7% presentó depresión, 11.5 intento de suicidio y 14.8% ideación suicida, las mujeres presentaron mayor prevalencia en las tres variables, tuvieron una alta correlación entre ideación y depresión y una correlación negativa con unión y apoyo familiar ( $r=-.327$ ,  $p=.0$ ) y con expresión (en la familia,  $r=.327$ ,  $p.0$ ); por lo que indican que la unión y apoyo familiar, sentido de pertenencia y solidaridad, percepción positiva (con posibilidad de expresar emociones, ideas y acontecimientos de manera respetuosa), se correlaciona con la ausencia de depresión e ideación suicida.

Por su parte, Calvo-García, Giralt-Vázquez, Calvet-Roura y Carbonell-Sánchez (2016) realizaron un estudio en población sin hogar con el fin de determinar la prevalencia de intento de suicidio previo y riesgo de suicidio así como relación de estos con sus principales factores de riesgo, para ello utilizaron la escala de riesgo suicida de Plutchik, la escala de severidad de la dependencia, el test rápido Alere Determne HIV-1/Ag/Ab, el test rápido Ora Quick Hepatitis C Virus Rapid Antibody Test y un cuestionario de datos sociodemográficos. Los autores reportan una tasa de suicidio de 24.7%, un 45.2% ( $n=66$ ) presentó riesgo de suicidio, 38.3% refirieron

pensamiento suicida en el último año, 20.1% antecedentes de suicidio familiar, 24.7% refirió haber intentado suicidarse en alguna ocasión y puntuaron significativamente más alto en riesgo de suicidio, el principal factor asociado al riesgo de suicidio fue el consumo diario de alcohol, seguido del sexo femenino, no hubo relación entre el riesgo suicidio y tiempo de calle en ninguna de las variables.

En tanto, Montes-Hidalgo y Tomás-Sábado (2016) realizaron un estudio en 186 estudiantes de enfermería a través de la escala de autoestima de Rosenberg, la escala de afrontamiento resiliente, la escala de riesgo suicida de Plutchik y la escala de locus de control interno-externo de Rotter, sus resultados indican que aquellos individuos con baja autoestima tenían dificultades para adaptarse a situaciones adversas y aquellos que atribuyen las consecuencias de su actuar a algún factor externo tienen un mayor riesgo de conducta suicida. Así mismo, Jiménez-López, Arenas-Osuna y Angeles-Garay (2015) realizaron un estudio para describir la prevalencia y características de los síntomas de depresión, ansiedad y riesgo suicida y su correlación con trastorno mental en 108 residentes de medicina del segundo año a lo largo de un año académico, aplicaron el inventario de depresión de Beck, el inventario de ansiedad rasgo-estado y la escala de riesgo suicida de Plutchik al inicio del ciclo académico, a los seis y a los doce meses posteriores; en la primera medición hubo una prevalencia de 3.7% de síntomas de depresión, 38% para síntomas de ansiedad y 1.9% para riesgo de suicidio, a los seis meses la prevalencia fue de 22.2% , 56% y 7.4% respectivamente, y a los 12 de 5.6%, 11% y 0% en el mismo orden; además indican que en las personas con puntaje de depresión tenían algún antecedente de la misma, se confirmó la correlación del riesgo de suicidio con el trastorno depresivo así como con la ansiedad.

Por su parte, Hawkins, Valencia, Caamaño y Ceballos (2014) evaluaron 61 pacientes con trastornos psiquiátricos hospitalizados en Santa Marta (Colombia), aplicaron la escala de riesgo suicida de Plutchik, la Escala de desesperanza de Beck y un cuestionario de datos sociodemográficos, reportan que 60.7% presentó riesgo suicida, y el 70.4% depresión, se encontró una correlación significativa entre riesgo suicida y depresión, así como riesgo suicida e intentos previos de suicidio. Además, Antón-San-Martín, *et al.* (2013) realizaron una investigación postmortem en 40 casos a través de la autopsia psicológica, escala de acontecimientos vitales de Paul Ramsey y la entrevista familiar para estudios genéticos; reportan a 27 hombres y 12 mujeres con una edad media de 56 años (19 edad mínima y 90 máxima), las variables sociodemográficas como factores de riesgo que encontraron fueron: vivir solo, no trabajar, en un 25% de los casos no

aparecieron sucesos adversos previos al suicidio, en contraparte en aquellos que si presentaron este factor previo se encontró una asociación con los conflictos familiares y dificultades económicas. Como factor protector ante el suicidio se reportan las creencias y prácticas religiosas.

En tanto Amaya, *et. Al.* (2013) realizaron un estudio en 49 pacientes atendidos entre diciembre de 2011 y enero de 2012, en la Clínica del Dolor del Hospital El Tunal de Bogotá, utilizaron el instrumento de calidad de vida con la Salud SF-36, la escala hospitalaria de ansiedad y depresión, la escala de riesgo de suicidio de Plutchik y la escala analógica numérica del Dolor, se encontró que la percepción del dolor entre moderado y severo fue para el 75%, el riesgo suicida fue de 34% y la ideación suicida de 25%, el 75.5% presentó síntomas de ansiedad y 61.2% de depresión, se encontraron asociaciones significativas de riesgo de suicidio con ansiedad, depresión, salud mental, componente mental, vitalidad y rol emocional.

Adicionalmente Thompson, Eggert, Randell y Pike (2001) evaluaron la eficacia de 2 intervenciones preventivas, post intervención y 9 meses de seguimiento, la muestra se conformó por 460 jóvenes, entre 14 y 19 años de edad, al respecto encontraron una disminución significativa en depresión, desesperanza, mejoría en los niveles de ansiedad y enojo. En tanto, Plutchik, *et al.* (1989) realizaron un modelo para identificar los factores que influyen en el riesgo de suicidio y riesgo de depresión; encontraron que, la pérdida de control llevaba a un impulso agresivo que podía amplificarse (con problemas escolares, familiares, acceso a armas, actitud tolerante hacia la violencia) o atenuarse (timidez, apaciguamiento, ataduras familiares cercanas) por consiguiente suscitaría una probabilidad de acción dirigida a otros (impulsividad, violencia, estrés, problemas), que a su vez propiciaría el riesgo de violencia o a la probabilidad de acción dirigida hacia sí mismo (depresión, problemas en la vida, desesperanza, síntomas psiquiátricos recientes), y consecuentemente al riesgo suicida.

Por lo anterior, se puede decir que la gama de factores asociados al riesgo suicida es amplia. Además de acuerdo a Vann Heeringen y Mann (2014), dada la complejidad del fenómeno en sí mismo, no se puede establecer la totalidad de factores que influyen en las personas, pero si es posible conocer algunos a fin de identificar y predecir, los cuales son parte de los objetivos clave en el estudio del suicidio, en consecuencia se realizó un breve análisis de la teoría, modelos y factores asociados al suicidio y al riesgo suicida que previamente fueron expuestos, por consiguiente se puede decir que, los adolescentes aún viven en un entorno familiar, el cual es considerado como un eje de desarrollo para ellos como para la sociedad, en donde se fomentan

una serie de habilidades, estilos, valores y formas de conducirse frente a los demás entre otras herramientas útiles para el desarrollo de su personalidad y en su contexto sociocultural próximo (Suárez & Vélez, 2018). Así mismo, si bien dentro del ciclo vital de la familia existen ajustes internos ante las condiciones de desarrollo de sus miembros también pueden coexistir eventos externos que propicien o aumenten el estrés dentro de la familia como: enfermedades, situaciones de violencia, accidentes, presiones económicas, etc., cuando estos estresores internos o externos se manifiestan, el sistema familiar deberá de resolverlos de manera más o menos favorable, ello permitirá a sus miembros aprender una serie de habilidades y adquirir recursos que les permitan afrontar situaciones nuevas, estresantes y/o adversas en un futuro o por el contrario podría saturarlos y propiciar otras dificultades, afectando su bienestar (Musitu & Callejas-Jerónimo, 2017), en consecuencia la presencia de estresores cotidianos familiares puede ser un factor de riesgo.

Aunado a lo anterior, cuando se desarrollan y fomentan habilidades y recursos para sobrellevar estresores familiares, situaciones nuevas o adversas útiles para resolver favorablemente estos cambios, se está frente a estrategias de afrontamiento (Macías, Madariaga, Valle & Zambrano, 2013). Estas estrategias pueden propiciar cambios favorables tanto para la situación como para los individuos o, por el contrario, pueden estancarlos en la problemática, y a su vez propiciar comportamientos más o menos razonados, viables o incluso, impulsivos. Al mismo tiempo, si una persona no ha desarrollado recursos óptimos, y se considera sin la capacidad de poder hacer un cambio favorable para sí mismo puede afectar a su auto imagen y desvalorarse, es decir, disminuirá su autoestima y si en conjunto se siguen vivenciado sucesos negativos gesta cognitivamente la noción de que las cosas no cambiaran por su incapacidad o que incluso en el futuro la situación será peor, lo cual implicará entrar en un bucle en el cual se sentirán incapaces de cambiar y hacer frente a lo que se vivencia, propiciando una sensación de abatimiento y malestar que puede generar sintomatología depresiva (Abramson, Alloy, Metalsky, Joiner & Sandin, 1997), que a su vez puede generar desesperanza y en conjunto conducir a una conducta suicida (Thomson, Mazza, Herting, Randell & Eggert, 2005; Rotheram-Borus & Trautman, 1988) y/o a afectar las razones para vivir y por tanto considerar quitarse la vida.

Por ello, de acuerdo a lo antes expuesto, se consideraron para este estudio las variables: estrés cotidiano familiar, autoestima, depresión, afrontamiento, desesperanza, razones de vida e impulsividad, factores a partir de los cuales se propone un modelo hipotético predictivo del riesgo

suicida, y para entender la estructura del mismo, a continuación, se desglosará cada una de las variables antes citadas.

#### **1.4 Estrés Cotidiano Familiar**

Para iniciar con la revisión de esta variable se hace necesario precisar su base, es decir, hablar de la familia; así, de acuerdo con la Real Academia (2001), la palabra familia proviene del latín *familia*, se refiere al conjunto de personas emparentadas y/o criados que viven con alguien, es decir la constitución familiar puede tener una estructura y funcionamiento diverso y único, a partir del cual interactúan sus miembros con base a este conjunto.

La familia es un medio de aprendizaje a través de la cual los menores se aprenden a poseer puntos de vista diversos a través de los cuales concebirán una identidad propia, así mismo en su dinámica es posible que pueda existir el conflicto como fenómeno normativo (Parra & Oliva, 2002), no obstante, su exceso resulta ser perjudicial para sus miembros. En este sentido, aunque en el ciclo de vida de la familia hay fluctuaciones entre estabilidad y cambio por las contradicciones internas, éstas constituyen hechos significativos para cada miembro que en conjunto originan momentos de estrés (Herrera Santi, 2008).

No obstante, el estrés generado y su nivel no sólo está determinado por los cambios en el ciclo de vida de la familia, sino de la percepción de las demandas exigidas por y para cada uno de sus miembros, por lo que la capacidad para hacer frente al impacto de un estresor dependerá de la capacidad familiar y de cada integrante, en particular de los padres (Hill, 1986) influyendo a la par, el funcionamiento y la capacidad de cambio de la estructura familiar a fin de superar las dificultades evolutivas (Olson, citado en Ferrer-Honores, Miscán-Reyes, Pino-Jesús & Pérez-Saavedra, 2013). Lo anterior derivaría en que la interacción se volvería hostil como respuesta a los estresores, esto de manera cotidiana afecta a los integrantes, su desarrollo y forma de afrontar y vivenciar situaciones adversas; por lo que considerando que los adolescentes se encuentran en vías de desarrollo y preparación a la adultez son más vulnerables ante esta interacción hostil sistemática y la disfunción familiar, además, los conflictos, el abuso sexual, el abuso físico o psicológico, historia de depresión, los antecedentes de suicidio entre sus miembros, las exigencias y autoritarismo, pueden repercutir en la manifestación de una conducta suicida (Jones, 2008).

Lo anterior coincide con Dukes y Lorch (1989, citado en Buendía, Riquelme & Ruiz, 2004), quienes exaltan que entre los problemas que contribuyen al suicidio en adolescentes son: la mala

comunicación, conflictos con los padres, la atención del adolescente respecto a la familia, así como el amor afecto y apoyo inadecuado de los miembros de la familia; así mismo, Guibert y Torres (2001), encontraron que los sujetos suicidas en su interacción con el medio familiar percibían un esquema familiar cognitivo emocional de “perdedor” que los llevaba a tener una visión más pesimista y hostil de los grupos humanos, además sus familias se caracterizaron por una falta de unidad física y emocional ante situaciones de la vida cotidiana, escasa comunicación y posibilidad de expresar sus emociones y negociar los conflictos, por lo que el factor esencial en estas familias de riesgo y disfuncionales aumenta la posibilidad de que aparezcan conductas autodestructivas en sus miembros.

Además, de acuerdo con Buendía, Riquelme y Antonio Ruiz (2004), si bien, los problemas familiares, la falta de comunicación, conflicto, ruptura familiar y la relación del sujeto con la familia, contribuyen al suicidio, también en el adolescente son factores de riesgo la percepción del estrés familiar, así como la falta de apoyo. Por su parte, González-Forteza, Andrade Palos y Jiménez Tapia (1997) estudiaron los estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos, encontrando que la violencia en las relaciones familiares tuvo más injerencia en varones que en mujeres, mientras que en ellas influyó el estrés por los problemas con los hermanos y enfermedad de alguno de los padres, así mismo cada problema tuvo una expresión psicopatológica diferente según el sexo, y se recomienda considerar que en los adolescentes las aproximaciones deben ser acorde a sus necesidades y demandas.

### **1.5 Autoestima**

Se define como “la suma de la confianza y el respeto por uno mismo” (Branden, 2010, p. 16). Es un juicio sobre sí que propicia una actitud sobre sí mismo favorable o desfavorable (González-Arratia, 2011). De acuerdo con Wells y Marwell (1976, citados en Mruk, 1999) existen cuatro formas básicas de definir la autoestima:

- Enfoque actitudinal: se basa en que el Self puede ser tratado como un objeto de atención.
- Enfoque en términos de actitud elaborado por los científicos sociales: define la auto-estima en relación entre diferentes muestras de actitudes.
- Como una respuesta psicológica que tiene la persona sobre su Self.
- Como una función o componente de la personalidad.

Así, las definiciones parten de la percepción de sí mismos y de lo que el individuo considera otros perciben de sí mismos; de ahí que de acuerdo con González-Arratia (2011): la autoestima es una estructura cognitiva evaluativa real e ideal del individuo sobre sí, establecida socialmente en su formación y expresión, implica una evolución interna atributiva del yo y externa del yo (p. 20). Una disminución de la autoestima deriva del pensamiento de que se es “inútil”, propiciando una actitud negativa de sí mismo (Andrade & Gonzáles, 2017). En contraparte, un individuo con una autoestima favorable reflejará una auto aceptación, será asertivo, sorteará dificultades y adversidades de una mejor manera sabiéndose consciente de sus alcances y limitaciones, en caso contrario, presenta una insatisfacción en las necesidades físicas, afectivas, emocionales, sociales e incluso intelectuales que no han estimulado el adecuado valor para el desarrollo de la persona, sintiéndose inadecuado, inseguro e incluso sin valor, y por lo tanto afectando su desarrollo individual y desenvolvimiento social (Mejía, Pastrana & Mejía 2011, p. 4).

Además, de acuerdo con Corona Miranda, Hernández Sánchez y García Pérez (2016), la autoestima es un factor de protección individual que reduce o atenúa el efecto de factores de riesgo en una persona. Al respecto, Andrade y Gonzáles (2017), realizaron un estudio para conocer la relación entre la autoestima, riesgo suicida, estilos de socialización parental, aplicaron la escala de autoestima de Rosenberg, la escala de desesperanza de Beck, Weissman, Lester y Trexler y la escala de Socialización parental ESPA-29; reportan una mayor relación del riesgo suicida con los estilos de crianza y relaciones parentales, no obstante, la autoestima baja prevalente fue considerable (76.7%).

Por su parte, Pérez-Olmos, Téllez, Vélez e Ibáñez-Pinilla (2012) examinaron la probabilidad de riesgo suicida y /o enfermedad mental y factores asociados en estudiantes de secundaria de tres colegios en Colombia, con 309 adolescentes. Reportan que la depresión, la baja autoestima, disfunción familiar, ser de género femenino, una edad aproximada de 15 años y la violencia intrafamiliar eran factores asociados al riesgo suicida y/o a la enfermedad mental en los adolescentes. Adicionalmente, Ceballos-Ospino, Suarez-Colorado, Suescún-Arregocés, Gamarrav-Vega, González y Sotelo-Manjarres (2015), en su estudio con adolescentes entre 15 y 19 años encontraron que existe una relación entre la ideación Suicida, depresión, y autoestima, donde a mayor depresión, mayor ideación suicida, y a menor autoestima mayor ideación suicida.

Así mismo, Tomás (2009) realizó un estudio para determinar la frecuencia y características del riesgo suicida en estudiantes de enfermería así como la relación con la ansiedad, depresión y

autoestima en 228 estudiantes, aplicó la escala de riesgo suicida de Plutchik , la escala de depresión de Zung, la escala de ansiedad de la Universidad de Kuwait y la Escala de autoestima de Rosenberg, un 12.3% (28 participantes) reporta riesgo suicida, con puntajes significativamente altos en ansiedad, depresión y puntajes bajos en autoestima. Por su parte Roselló y Berrios (2004) examinaron la relación entre ideación suicida, depresión, autoestima, actitudes disfuncionales y eventos de vida negativos en una muestra clínica de adolescentes puertorriqueños de entre 12 y 18 años de edad, a través de la identificación de riesgo suicida en adolescentes IRSA, el inventario de depresión para niños CDI, la escala de autoconcepto de Piers-Harris, la lista de eventos estresantes y la escala de actitudes disfuncionales, los investigadores reportan que el 81% presentó Riesgo Suicida, el 15% reportó un nivel bajo de autoestima, 66% actitudes disfuncionales moderadas y 15% marcadas, al mismo encontraron una relación significativa entre la ideación suicida, depresión y autoestima.

Además Chatard, Selimbegovic y Konan (2009) realizaron un estudio de la relación de la autoestima con las tasas de suicidio en 55 naciones, entre ellas México; encontraron a la baja autoestima como un predictor del suicidio (incluso por encima de variables estructurales y culturales) así como aspectos socioeconómicos (particularmente de transición económica) por lo que, sugieren prestar atención a este aspecto en los programas destinados a la prevención del suicidio, además del reconocimiento de la depresión, su tratamiento y restricción a métodos letales.

Por lo anterior, se evidencia que aquellos individuos que presentan autoestima baja o poco favorable tendrán una mayor vulnerabilidad ante otros factores que potencialicen el Riesgo Suicida. En consecuencia, la autoestima se torna importante a nivel de desarrollo del individuo y como un elemento para sostenerse ante la adversidad. Ahora bien, otra variable a considerarse dentro del presente trabajo es el afrontamiento, el cual se aborda a continuación.

## **1.6 Afrontamiento**

El afrontamiento se entiende como los esfuerzos cognitivos y conductuales usados por un individuo ante las situaciones que sobrepasan sus recursos, es decir son mediadores entre la persona y el ambiente (estresante), lo cual permite enfrentar el problema y regular la emoción (Folkman, Lazarus, Gruen, & Delongis, 1986) para hacer frente y superar tanto problemas como dificultades en la vida (Buendía & Mira, 1993).

De acuerdo con Compas, Connor-Smith, Saltzman, Harding Thomsen y Wadsworth (2001), estos esfuerzos son conscientes y posibilitan la regulación de la emoción, la cognición, el comportamiento, la fisiología y el medio ambiente ante eventos o circunstancias estresantes por lo que se ha encontrado como un factor para hacer frente al estrés entre el sujeto y su entorno, así como para aminorar emociones negativas producto de éste. Respecto a las emociones poco favorables, el afrontamiento puede posibilitar la disminución al dolor que pueden presentar las personas suicidas (Jackson, 2003).

Así mismo, de acuerdo con Domènech-Llaberia (2005) entre los rasgos de personalidad que aumentan la posibilidad de suicidio son: la agresividad, impulsividad y la escasa capacidad de afrontamiento de problemas. Al respecto, Mirkovic, *et al.* (2015) analizaron las habilidades de afrontamiento, depresión e ideación suicida en adolescentes con intento suicida en 167 adolescentes entre 13 y 17 años de edad a través del programa Kiddie para trastornos afectivos y vida de la esquizofrenia, el cuestionario de eventos de la vida, escala de supervivencia de los adolescentes y escala de gravedad de suicidio de Columbia. Reportan que la depresión era una variable significativa en la ideación suicida, así como el uso de afrontamiento no productivo, las mujeres tenían un mayor uso de la ilusión y a la búsqueda de apoyo social.

Por su parte Gooding, *et al.* (2015), examinaron la percepción de la autoestima y las habilidades de afrontamiento ante la derrota y trampa como amplificadores de pensamientos y sentimientos suicidas y como amortiguadores contra los mismos en 65 varones presos con alto riesgo de suicidio; reportan la desesperanza como medida de probabilidad de suicidio los altos niveles de capacidad de afrontamiento junto con bajos niveles de derrota dieron resultados más bajos de indicativos de suicidio, los autores sugieren impulsar la percepción y la capacidad de afrontamiento en personas con alto riesgo de suicidio.

En tanto, Bazrafhan, Jahangir, Mansouri y Kashfi (2014) realizaron un estudio de 50 personas con intento suicida a través de una lista demográfica y la escala de estilos de afrontamiento de Carver, Schier y Wintroppe, reportan que: las personas con intento suicida utilizaron estrategias de afrontamiento menos útiles, las personas con un bajo nivel educativo usaban habilidades menos efectivas y las mujeres utilizan estrategias más ineficaces o útiles y en enfocadas en la emoción. Así mismo Sharif, Parsnia, Mani, Vosoghi y Setoodeh (2014), realizaron un estudio en 100 pacientes suicidas y 100 personas no suicidas a través de un instrumento de personalidad, el cuestionario de estrategias de afrontamiento de Lazarus y el SCL-90-R. Reportan una relación

significativa entre los estilos de afrontamiento, la extroversión y el nerviosismo, los participantes suicidas tuvieron más alta puntuación en estilo de afrontamiento centrado en la emoción y el nerviosismo.

Por su parte Sunnqvist, Träskman-Bendz y Westrin (2014), realizaron un estudio en grupos de comparación: 37 pacientes con intento de suicidio, 38 pacientes con intento de suicidio en el seguimiento, 20 controles de seguimiento psiquiátrico y 19 controles sanos, aquellos con intento de suicidio reciente y controles psiquiátricos sin antecedentes de comportamiento suicida utilizaban estrategias más desadaptativas (como la negación, la desviación mental y conductual) que aquellos que intentaron suicidarse en el seguimiento y los controles sanos.

Adicionalmente, Horesh, *et al.* (1996) con un total de 30 internos psiquiátricos por conducta suicida fueron comparados con 30 pacientes psiquiátricos no suicidas y 32 pacientes sanos, los primeros usaban menos los estilos de afrontamiento de minimización y mapeo, además carecían de la habilidad de no enfatizar la importancia de un problema percibido o fuente de estrés, además se encontró correlación con la sustitución, supresión (tendencia a evitar una situación amenazante) y culpa. Así mismo Botsis, Soldatos, Liossi, Kokkevi y Stefanis (1994) analizaron 30 pacientes psiquiátricos suicidas con 30 individuos psiquiátricos hospitalizados no suicidas, el riesgo de suicidio se correlacionó negativamente con el estilo de afrontamiento de minimización, remplazo y culpa, por lo que parece ser que tienen pocos recursos para enfrentar situaciones problemáticas de la vida. Mientras que, Connell y Meyer (1991), realizaron un estudio en 205 estudiantes no graduados, con una media de 19.4 años de edad, evaluaron a través del cuestionario de Razones de Vida de Linehan y el cuestionario de Conducta suicida de Linehan y Nielsen, la escala de desesperanza de Beck, el inventario de Depresión de Beck y la Escala de Deseabilidad social de Edwards. Las puntuaciones de supervivencia y creencias de afrontamiento se correlacionaron de manera significativa y negativamente con la ideación suicida pasada y la probabilidad futura del suicidio, aquellos con ideación suicida no intencionada puntuaron en mayor medida en supervivencia y creencias de afrontamiento, en cambio aquellos que nunca habían tenido pensamientos suicidas sentían una mayor responsabilidad hacia sus familias, mayor supervivencia y creencias de afrontamiento.

## 1.7 Depresión

Para su comprensión se inicia con su concepción, así, se entiende como “un síndrome o agrupación de síntomas, afectivos como: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, que pueden manifestarse en mayor o menor grado con síntomas de tipo cognitivo o somático” (Alberqui, Taboada, Castro & Vázquez, 2006, p. 1). La depresión es patológica cuando no está relacionada con la pérdida de objeto alguno o cuando su duración e intensidad son tremendamente desproporcionadas respecto a la pérdida (Branden, 2001).

Por su parte, Beck, *et al.* (2010) plantean un paradigma depresivo en el cual se considera que el individuo posee una visión distorsionada de sí mismo, sus ideas, creencias e interpretaciones. Además, proponen un modelo cognitivo de la depresión que postula tres conceptos específicos:

1. *La tríada cognitiva*: consiste en tres esquemas cognitivos principales que llevan al individuo a considerarse a sí mismo, su futuro y experiencias de manera singular pues se mira a sí mismo como torpe con poco valor, las experiencias poco agradables serán producto de sus defectos, los cuales le hacen ser inútil por lo que se subestima y critica con base en sus defectos. Además, carece de atributos necesarios o cuando menos básicos para lograr la alegría y/o felicidad, el segundo elemento de esta tríada se centra en la interpretación de las experiencias de manera negativa.

2. *Los esquemas*: se refiere a patrones cognitivos estables que permiten a un individuo categorizar sus experiencias que pueden dominarle aun cuando no exista una vinculación lógica con la situación real.

3. *Los errores cognitivos*: son errores sistemáticos cognitivos en el individuo que validan su propia visión negativa, incluyen: inferencia arbitraria (se adelanta una conclusión con o sin evidencia de la misma), abstracción selectiva (se centran en un detalle ignorando otras situaciones relevantes de la situación), generalización excesiva (se refiere a llegar a una conclusión a partir de elementos aislados y posiblemente inconexos), maximización y minimización (como reflejo de los errores cometidos generando una distorsión), personalización (tendencia a atribuirse a sí mismo los fenómenos externos no habiendo sustento de ello) y pensamiento absolutista dicotómico (clasifica las experiencias según una o dos categorías que son contrarias entre sí).

Por consiguiente, la depresión es considerada como el factor más frecuentemente investigado en el riesgo suicida. Por su parte Hermsillo-de la Torre, Vacio Muro, Méndez-Sánchez, Palacios

y Sahagún (2015), realizaron un estudio en la relación de los síntomas depresivos, desesperanza y recursos psicológicos sobre la tentativa de suicidio en una muestra de adolescentes en la ciudad de Aguascalientes, México, a través del CES-D-R35, BHS, ERP, y un ítem para identificar intento previo de suicidio, en una muestra de 96 adolescentes. Reportan correlaciones positivas con los síntomas depresivos y desesperanza.

Duarte Vélez, Lorenzo-Luaces y Rosselló (2012) en una muestra de 179 adolescentes entre 13 y 18 años encontraron que, los jóvenes que reportaron tener pensamientos suicidas algunas veces o muy frecuentemente, tenían más síntomas de depresión, pensamientos disfuncionales, un auto concepto más bajo y menores estrategias de manejo saludables, que los que no reportaron ideas suicidas. En tanto, Cortina (2009) reporta que, un estado de ánimo inestable, agresividad, alienación e impulsividad son rasgos de personalidad que aumentan el riesgo de suicidarse, así mismo este se incrementa aún más cuando se asocia a depresión, abuso de alcohol o de sustancias psicoactivas.

Por su parte, Mojica, Sáenz y Rey-Aacona (2009) examinaron la relación ente el riesgo suicida, la desesperanza y depresión en internos de una cárcel colombiana, en 95 varones, utilizaron: la escala de riesgo suicida de Plutchik, la escala de desesperanza de Beck, el inventario de Depresión de Beck y una ficha sociodemográfica, el 20% de los participantes presentó riesgo suicida, se encontró una correlación estadísticamente significativa con desesperanza y depresión. Así mismo, Roselló, *et al.* (2004) encontraron una relación entre la ideación suicida, la depresión, la autoestima, actitudes disfuncionales y eventos de vida negativos en adolescentes entre 12 a 18 años de edad.

Además, González Forteza, Ramos Lira, Caballo Gutierrez y Wagner Echeagarray (2003) reportan que los estudiantes con depresión o ideación suicida tenían más conflictos con sus padres, tienen menor autoestima, son más impulsivos y tienen respuestas de afrontamiento agresivas. Finalmente, Bailador, Viscardi y Dajas (1997) encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la depresión, desesperanza, conducta suicida o conductas adictivas, donde el estado de ánimo fue el factor más importante como factor de riesgo individual. Como se puede apreciar, una variable asociada a la depresión es la desesperanza la cual se retoma continuación.

## 1.8 Desesperanza

La literatura aporta evidencia consistente respecto a la relación entre la desesperanza y el riesgo suicida, por ello, se considera pertinente el trabajo sobre la misma. Esta, se considera como: la expectativa negativa vinculada a un sentimiento de indefensión respecto a que un suceso importante y/o significativo para el individuo tenga la posibilidad de cambiar (Granados Alonso & Reyes Santiago, 2014); para Beck (citado en Buendía, Riquelme & Antonio Ruiz, 2004), la desesperanza es el deseo de escapar de algo que uno considera que es un problema insoluble, es decir se carece de la esperanza de aliviar o resolver la situación, ello eventualmente implica un sistema de cogniciones con el elemento común de expectativas negativas que abarcan desde un sentimiento general de desesperación a la falta de intención de vivir.

En la misma línea, Holde, Endoca y Serin (1989, citado en Weishaar, 1996) definen la desesperanza como el pensamiento pesimista sobre el futuro, ello, implica un bajo sentido de autoeficacia, de afrontamiento y una negativa deseabilidad social; del mismo modo, en sus investigaciones encontraron una moderada relación entre la desesperanza y el suicidio, y una relación entre la autoeficacia y el pesimismo. Al respecto, la desesperanza aprendida es un estado en el que “el individuo no emite respuestas para evitar la estimulación aversiva, ya sea porque no encuentra ningún reforzador ante la conducta de escape, o bien porque le es imposible escapar (González Tovar & Hernández Montaña, 2012, p. 314)”.

Otro modo de ver la desesperanza, es a partir de la teoría de la desesperanza, ésta consiste en un modelo cognitivo de vulnerabilidad-estrés (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989, citado en Abramson, *et al.*, 1997); de acuerdo con dicho modelo, los individuos que tienen estilos inferenciales negativos, son más propensos a desarrollar síntomas depresivos derivados de la sensación de desesperanza. No obstante, esta respuesta de desesperanza es percibida por el sujeto como un panorama de irrevocabilidad que no tiene la posibilidad de mejorar derivado de experiencias previas, a lo anterior se le conoce como desesperanza aprendida.

Al respecto, el modelo de vulnerabilidad-estrés, se encuentra la llamada vulnerabilidad cognitiva que posee tres patrones inferenciales desadaptativos: 1) tendencia a inferir que los factores estables que causan los sucesos negativos, tienen la probabilidad de persistir y afectar en muchas áreas de la vida; 2) tendencia a inferir que los sucesos actuales negativos afectan en un futuro; 3) tendencia a inferir características negativas sobre sí mismo ante la presencia de sucesos negativos (Ídem.). Así, cuando se analiza el por qué o la motivación para que las personas atenten

contra sí mismas, habrá que identificar si requiere atención sobre una situación o es la manifestación de la desesperanza, ira o frustración (Buendía, *et al.*, 2004, p. 24). Recordando que, la desesperanza lleva al individuo a una tendencia a explicar los sucesos negativos a partir de algo propio, a una falla en sí mismo, además de una sensación de inevitabilidad y permanencia de dicha situación envolvente (Canales, 2013, p. 133).

Lo anterior coincide con estudios como el de Sánchez-Loyo, Camacho, Vega-Michel, Pérez y Torres (2017), trabajaron una muestra de 69 participantes entre 16 y 46 años de edad, divididos en dos grupos: 35 personas con tentativa suicida y 34 en personas sin tentativa suicida, síntomas psicóticos, sin atención por lesiones autoinfligidas sin intencionalidad suicida, sin diagnóstico psiquiátrico ni consumo de drogas ilegales en las últimas 48 horas; aplicaron el inventario de Depresión de Beck, escala de riesgo suicida de Plutchik, inventario de ansiedad rasgo-estado, escala de desesperanza, parámetros SUPRE-MISS de la comunidad y tomaron muestras de Cortisol mediante saliva. Los autores reportan que aquellos que tuvieron intento de suicidio consumen en mayor medida drogas ilegales, pero no tabaco o alcohol y tenían mayor cortisol, mayores niveles de depresión, ansiedad de estado, ansiedad de rasgo y riesgo suicida.

Por su parte, Abello, *et al.* (2016) realizaron un estudio en 114 sujetos militares, hombres ubicados en la Región Caribe, los resultados indican relaciones entre todas las variables, aunque más altas entre las variables depresión-desesperanza y depresión-riesgo suicida; así mismo encontró que a mayor desesperanza mayor pérdida de la motivación y mayores expectativas negativas sobre el futuro.

En tanto, Sánchez Teruel, Muela Martínez y García León (2014) examinaron las diferencias en algunas variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes universitarios, sus resultados mostraron que los estudiantes que tenían una mayor desesperanza eran más propensos a presentar ideación suicida; además, el control de impulsos evitaba transitar de la ideación al intento suicida.

Por su parte, Klonsky, Kotov, Bakst, Rabinowitz y Bromet (2012) realizaron un estudio longitudinal de 10 años en una muestra epidemiológica, evaluaron la depresión e intento suicida durante este tiempo en múltiples puntos de tiempo en 414 pacientes con trastornos psicóticos. Si bien, el comportamiento suicida en el pasado se encontró como un predictor, la presencia de desesperanza incrementó la predicción de suicidabilidad, particularmente dentro de los primeros 4 años de su evaluación. Del mismo modo Cortina, *et al.* (2009) encontró que la percepción de poca

autoeficacia hace creer que se carece de herramientas que permitan solucionar problemas, lo cual facilita la impulsividad y la búsqueda de suicidio como escape a los problemas.

Finalmente, Quintanilla, Haro, Villavicencio, Celis de la Rosa y Valencia (2003) en Guadalajara, trabajaron con dos grupos: pacientes con tentativa suicida (78) y un grupo de referencia (89) sin ideación ni tentativa en población abierta. El grupo más vulnerable fue entre 15 y 24 años de edad, 21% reportó al menos un intento suicidio, la presencia de desesperanza incrementó el riesgo de intento de suicidio (4.5 veces) con respecto al grupo de referencia. Se encontró en un 52% el aspecto cognitivo de la desesperanza. Recomiendan tomar en cuenta este indicador a manera preventiva, en proyectos de intervención y atención.

### **1.9 Impulsividad**

De acuerdo con la Real Academia Española (2001) la palabra impulsar proviene de *impulso*: que impulsa o puede impulsar. Cuando una persona es impulsiva, suelen ser como alguien que habla o actúa sin reflexión ni cautela, más bien se dejan llevar por el momento. Se considera como un constructo multidimensional y multifacético, no pertenece exclusivamente a un marco psicopatológico; es también una conducta adaptativa ante el peligro que se presenta de forma instintiva e irreflexiva por lo cual implica un poco control sobre la conducta y puede ser poco adecuada en su contexto (Elvira Peña, 2015).

En caso de los adolescentes, ellos adquieren de modo rápido estilos cognitivos y emocionales del adulto, por lo que es probable que su actuar se deba a este aprendizaje, sin embargo, siempre es importante recordar que en esta etapa tanto las conductas impulsivas como la búsqueda de situaciones nuevas son más elevadas, esto es explicable desde la neurología porque en esta etapa la corteza prefrontal generalmente aún no es capaz de inhibir impulsos por lo que su maduración se facilita por la participación en experiencias adultas conduciendo a comportamientos más propicios y considerando la experiencia adquirida (Osorio, 2013). En consecuencia, aunque es parte de un comportamiento adaptativo de este periodo de vida también aumenta el potencial de que se desencadenen por las consecuencias acontecimientos adversos.

Además, se ha observado que los varones tienden a participar en mayor medida en actividades que resultan más estimulantes y de mayor riesgo que las mujeres. Adicionalmente, a nivel patológico la impulsividad se observa desde tres puntos de vista: como síntoma (criterio

diagnóstico), como trastorno clínico específico y como dimensión o rasgo de la personalidad (Elvira Peña, 2015)

A la par, se le ha encontrado como fuerte indicador asociado al suicidio (Greydanus & Apple, 2011; Smith, *et al.* 2008; Hagedorn & Omar, 2002) y como una característica clave en varios trastornos psiquiátricos (antisocial, borderline, dependencia/abuso de sustancias, TDH y desorden de conducta y trastorno bipolar), por lo que es útil en intervenciones conductuales y farmacológicas (Moeller, *et al.*, 2001). Al respecto Kesebir, Gungordu y Caliskan (2014), realizaron un estudio en 100 casos con Desorden Bipolar referidos, a través de una entrevista clínica de acuerdo al DSM-IV, escala de autoestima de Rosenberg, la escala de valoración de manía joven, la escala de evaluación del temperamento de Menphis, Pisa, Paris y Sandiego y la escala de Impulsividad de Barrent. Reportan una relación inversa moderada entre la impulsividad y autoestima, y una relación entre la impulsividad, trastornos depresivos y ansiedad.

Del mismo modo la impulsividad se encuentra ligada a la dopamina y serotonina (neurotransmisores); pero no hay una interacción ni influencia única, más bien la impulsividad rasgo se vincula a sutiles equilibrios entre ambas, además puede existir una pre disponibilidad genética a la agresividad/impulsividad. Al mismo tiempo, en conjunto con la agresividad, son disposiciones asociadas a la vulnerabilidad del comportamiento suicida, que se asocia a anomalías estructurales cerebrales que regulan el estado de ánimo, el comportamiento y el impulso (Soloff, White & Diwadkar, 2015).

Aunado a ello, se ha encontrado que la impulsividad y la agresividad en asociación con el pesimismo y la desesperanza son elementos que dan lugar a conductas suicidas (Mingote, *et al.*, 2013), además en adolescentes suicidas se ha encontrado la relación entre la impulsividad, la dificultad en el manejo de la agresión y aislamiento social (Cuesta-Revé, 2017). Por su parte Alasaarela, Hakko, Riala y Riipinen (2017) examinaron la asociación de autoreportes de impulsividad para autolesiones no suicidas, ideación suicida, intentos suicidas y suicidios en una muestra de 508 adolescentes finlandeses de entre 12 y 17 años de edad en hospitalización psiquiátrica entre 2001 y marzo de 2006; reportan que la impulsividad fue más común en las niñas respecto sus pares, en los niños la impulsividad no se asoció significativamente con las autolesiones, ideación e intento suicida en cambio, en las niñas la impulsividad se asoció significativamente con la ideación e intentos suicidas y suicidios; en los adolescentes con impulsividad no se encontró asociación entre las autolesiones y la impulsividad tanto en niños

como en niñas. El 10.4% murió por suicidio durante el tiempo de seguimiento por lo que se sugiere con fines preventivos indagar acerca de la impulsividad. Por su parte, Agredano, Castellanos Valencia y Sánchez Loyo (2015) encontraron que el riesgo suicida de los padres de hijos con enfermedad neuromuscular se correlaciona con los síntomas depresivos, indecisión, sentimientos de culpa, pesimismo e ideación suicida.

En tanto Simon, *et al.* (2001) examinaron el suicidio impulsivo en personas entre 12 y 34 años de edad, consideraron como intento impulsivo si los individuos reportaban menos de 5 minutos entre la decisión y el intento de suicidio; encontraron que el 24% lo intentó impulsivamente, además reportan que los intentos impulsivos eran más probables entre quienes habían estado en una confrontación física que quienes estaban deprimidos, por lo que posiblemente el control inadecuado de impulsos agresivos puede ser un mejor indicador de riesgo respecto a la depresión. En tanto, Horesh, *et al.* (1997) en su estudio con pacientes psiquiátricos internados con conducta suicida, 30 sin conducta suicida y 32 controles sanos respecto a ira, impulsividad y riesgo de suicidio, se encontró en el grupo suicida una puntuación más alta en impulsividad e ira que a su vez correlacionaron positivamente con el riesgo al suicidio, además la impulsividad fue encontrada de manera específica en el grupo suicida.

### **1.10 Razones de Vida**

Las razones de vida forman parte de la estructura cognitiva individual y de los estilos de comportamiento (Dobrov, 2004), se definen como: un sistema potencial de creencias que brindan razones para no suicidarse y vivir (Linehan & Goodstein, 1983); es decir, aluden a los motivos para frenar la conducta suicida (Morales, *et al.*, 2016); por lo tanto, son ideas, creencias y expectativas que matizan y restringen la conducta suicida. Éstas se encuentran asociadas a un menor riesgo y reincidencia de la conducta suicida, por lo que, las personas con antecedentes suicidas manifestaban menos razones para vivir (Linehan & Goodstein, 1983). En cambio, los individuos con mayores razones para vivir, son más propensos a resistir el estrés y la desesperanza, por tanto, a no caer en la ideación suicida o llegar a suicidarse (Dobrov, 2004).

En cuanto a su evaluación, Linehan (1983, citado en Weishaar, 1996) elaboró el inventario de razones para vivir, el cual identifica creencias específicas en torno al suicidio, es decir se enfoca en la cognición suicida. Encontró, seis conjuntos de razones que distinguen a individuos suicidas de los que no: la supervivencia y las creencias de afrontamiento, responsabilidades familiares,

preocupaciones centradas en los niños, miedo al suicidio, miedo a la desaprobación social y objeciones morales al suicidio.

Esta medida de evaluación se ha utilizado en diversos estudios, por ejemplo: Seo, *et al.* (2017) midieron la capacidad para cometer suicidio en 301 estudiantes universitarios entre 17 y 27 años de edad, aplicando las escalas de: sin miedo a la muerte, ansiedad a la muerte, síntomas de ansiedad de dolor, acontecimientos provocativos y dolorosos, escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos, razones para vivir de Linehan, escala de ideación suicida de Beck y el inventario breve de estado–rasgo de ansiedad. Encontraron que la escala de sin miedo a la muerte correlacionó negativamente con la ansiedad, no hubo asociación con la depresión y se encontró una correlación positiva débil con la ideación suicida, en tanto reportan una correlación fuerte con las razones para vivir, miedo al suicidio y ansiedad a la muerte.

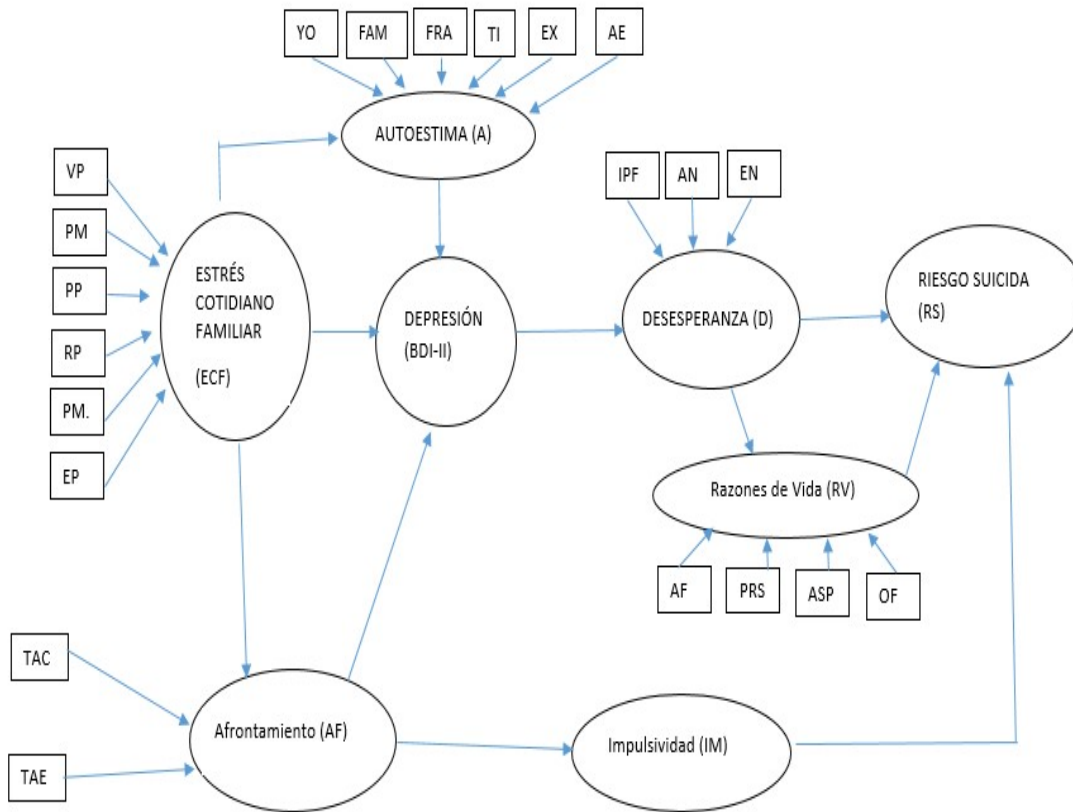
En otros resultados de investigación, Andrade, Bonilla y Valencia (2010) realizaron una investigación con la finalidad de identificar los factores protectores de la ideación suicida en 50 mujeres privadas de la libertad de entre 19 y 65 años de edad a través de la escala de razones para vivir de Linehan, en un centro penitenciario de la ciudad de Armenia, encontraron que la supervivencia y afrontamiento eran los factores de mayor protección (20%) ante la ideación suicida, así mismo, hallaron que para estas mujeres, el hecho de sentirse sostenidas emocionalmente por sus familias del núcleo primario (esposo, madre e hijos) así como la tendencia a generar vínculos afectivos estables en el interior del penal, disminuían los factores de riesgo relacionados a la ideación suicida aumentando así acciones individuales y de grupo para afrontar la adversidad.

Por su parte, Chatterjee y Jayanti (2010) encontraron una relación significativa entre las razones para vivir respecto al pensamiento suicida, particularmente se relacionó de manera negativa las objeciones futuras y morales, por tanto, concluyen que las razones para vivir pueden ser útiles para prevenir el suicidio. Además, Durak (2005) investigó las razones que llevan a la gente para aferrarse a la vida en 683 adolescentes y adultos de entre 15 y 65 años de edad, aplicaron el inventario de razones para vivir, la escala de probabilidad de suicidio, la escala de soledad de UCLA y la escala de desesperanza de Beck, encontraron en el grupo de entre 15 y 25 años que a menores razones para vivir existía una mayor probabilidad de riesgo de suicidio así como mayor desesperanza y soledad en comparación de personas con mayor edad.

En tanto, Malone, *et al.* (2000) reportaron que, a más razones para vivir, más protección tenían los pacientes con trastorno depresivo mayor, así como para actuar contra pensamientos suicidas en momentos vulnerables. Por lo que, en resumen, se podría decir que las razones para vivir son un factor protector ante la conducta suicida puesto que posibilitan un porqué y para qué sortear situaciones adversas. Después de todo, la práctica de vivir con un propósito, en lugar de errar por la vida, es esencial para obtener un sentido fidedigno del control sobre la propia existencia (Branden, 2000), en la toma de decisiones se encuentran las denominadas razones del corazón o las razones para validar o combatir decisiones inconscientes; una sensación positiva permite salir de una fase difícil, por el contrario, una sensación negativa puede llevar a enfocarse no en la realidad sino en sólo la obtención de la información del problema en lugar de buscar la solución (Pinillos & Fuster, 2008).

Así, como se puede ver, existen factores que pueden aumentar el suicidio en adolescentes mientras que otros pueden ayudar a disminuirlos. Dado que, el ser humano en su complejidad no sólo se encuentra influenciado por un tipo de factores, si no que más bien se desenvuelve en un entorno donde tanto los factores de riesgo como los protectores coexisten y se manifiestan en su existencia, la presencia y nivel de cada factor puede influir en cierto modo a acentuar el riesgo suicida, es por ello que, se propone un modelo predictivo del riesgo suicida considerando las variables protectoras y de riesgo que previamente se describieron no sólo por que teóricamente se han encontrado ligadas al suicidio, sino porque los estudios empíricos confirman la existencia de esta asociación y más aún es imprescindible dilucidar el efecto que en conjunto tienen sobre el riesgo suicida, en qué medida y sentido, ello para poder no sólo ampliar el corpus teórico del suicidio en México sino que, los resultados puedan ser una orientación para aquellos profesionales de la salud que tratan con personas con conducta suicida así como en el área de prevención. Así el esquema del modelo predictivo de riesgo suicida propuesto se presenta en la figura 7.

### 1.11 Modelo hipotético de riesgo suicida en adolescentes.



**Figura 7. Modelo hipotético de Riesgo Suicida en Adolescente**

Estrés cotidiano familiar (VP: violencia papás, PM: prohibiciones mamá, PP: prohibiciones papá, RP: regaños papás, PM: problemas hermanos, EP: enfermedades papás), Afrontamiento (TAC: estrategias de afrontamiento centradas en el cambio, TEC: estrategias de afrontamiento centradas en el estancamiento), Autoestima (YO: yo, FAM: familia, FRA: fracaso, TI: trabajo intelectual, EX: éxito, AE: afectivo-emocional), Desesperanza (IPF: igualdad entre presente y futuro, AN: autoconcepto negativo, EN: expectativas negativas), Razones de Vida (AF: alianza familiar, PRS: preocupaciones relacionadas con el suicidio, ASP: aceptación y soporte de pares, OF: optimismo al futuro, autoaceptación.).

Fuente: Elaboración Propia.

## **2. Planteamiento del Problema.**

Cada año, cerca de 800 mil personas en el mundo se quitan la vida (OMS, 2019); en sí mismo no sólo afecta a quien se quita la vida también afecta a su círculo social más cercano y a la sociedad misma ya que por su morbilidad y mortalidad es un problema de salud pública (Acevedo, Martínez & Estario, 2007).

En México se presenta con mayor frecuencia entre jóvenes entre 15 a 29 años de edad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía – INEGI, 1994, 2015, 2016). Este problema se ha manifestado en franco ascenso, en 1970 su índice era de 1.9 por cada 100,000 habitantes en el grupo de entre 15 y 24 años de edad. En 1997 su incidencia en esta misma población se incrementó en un 212% (Medina, s. f., citado en Sandoval & Richard, 2004). Para 2014, se consolidó como la quinceava causa de muerte a nivel nacional con una tasa de 5.2 muertes por cada 100,000 habitantes, de los cuales cuatro de cada 10 suicidios lo cometieron jóvenes de entre 15 y 29 años de edad (INEGI, 2016) y actualmente es la segunda causa de muerte en este mismo grupo etario (INEGI, 2019).

El crecimiento de este fenómeno se ha manifestado del mismo modo para el Estado de México. En 2013 de acuerdo con el Centro de Estudios para el adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género, presentó el mayor número de suicidios registrados. En 2015 se ubicó dentro de las 8 entidades que conformaron cerca del 50% de suicidios del país junto con: Distrito Federal, Veracruz, Jalisco y Nuevo León; mientras que, en 2016 ocupó el lugar número 27 a nivel nacional contabilizándose 666 suicidios (Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades del Estado de México – CEVECE, 2017).

Por consiguiente, se requiere establecer sistemas de prevención, medios de diagnóstico óptimo y programas de tratamiento, a fin de mejorar la salud de la población y disminuir las tasas de morbilidad. En consecuencia, al ser un problema de salud pública que trastoca la salud mental de los jóvenes, con la finalidad de identificar aquellos factores asociados con mira a la explicación y sobre todo a la prevención se han realizado investigaciones empíricas así como propuestas teóricas asociadas al suicidio, estas sirven de base para implementar programas de prevención y atención, en este mismo tenor aunque se han estudiado diferentes variables asociadas al suicidio y en particular al riesgo suicida al momento no se han encontrado modelos explicativos del riesgo suicida en adolescentes en México, motivo por el cual a fin de contribuir en la identificación de elementos que contribuyan a la identificación de población en riesgo en el presente trabajo se

planteó la puesta en prueba de un modelo hipotético predictivo del riesgo de suicidio en adolescentes entre 15 y 20 años de edad.

### **3. Justificación.**

A nivel mundial, nacional y estatal, uno de los rangos de edad donde más se presenta el suicidio es en personas entre 15 y 29 años de edad. Sin embargo, en esta cohorte poblacional se puede dividir en dos grupos: adolescentes y adultos jóvenes. Aunque cada grupo mantiene características que los colocan en riesgo, en el caso de los adolescentes, se han considerado como una población particularmente vulnerable ante la serie de cambios físicos, cognitivos y sociales que habrán de enfrentar en su camino a la adultez, además son la antesala precisamente de los adultos jóvenes por lo cual contar con mayores elementos en esta población puede proporcionar información útil para estadios de edad ulteriores, de ahí que esta investigación se centra en ese grupo poblacional.

Ahora bien, el fenómeno de suicidio es multifacético y multifactorial, dentro de las variables asociadas se ha encontrado la existencia tanto de factores de riesgo como de protección (OMS, 2014), los primeros incrementan la posibilidad de que un individuo considere viable quitarse la vida mientras que los segundos disminuirán este riesgo. Ante ello, surgieron dos grandes preguntas: ¿quién está en riesgo de suicidio? y, ¿por qué?; y aunque lejos se puede estar de determinar quién si y quien no se quitará la vida, es posible acercarse al porque, es decir a las posibles causas a partir de la identificación de los factores que presentan mayor incidencia y asociación, lo cual en consecuencia pretende contribuir en su prevención. Por ello es que surgió la necesidad de generar un modelo hipotético predictivo de riesgo suicida a fin de ponerlo a prueba empíricamente, este modelo considero las variables: estrés cotidiano familiar, autoestima, afrontamiento, depresión, desesperanza, impulsividad y razones de vida. Ahora bien, considerando que la manifestación del suicido no es esporádica, es decir, conlleva tras de sí un proceso, lo cual implica la posibilidad de encontrar indicadores de alerta en población no clínica (sin intento suicida o con un diagnóstico clínico /psiquiátrico que compromete su salud mental), de ahí que se eligió trabajar en una muestra no clínica en la presente investigación.

Así, el presente trabajo fue viable en función de la posibilidad de: acercarse a la población objeto de estudio, y de construir el marco teórico subyacente al trabajo de investigación. Además, pretendió no sólo proporcionar un aporte en el estudio de cada variable en población no clínica adolescente en México, si no en la identificación de aquellos factores que se presentaron como

predictivos del riesgo suicida, en espera de contribuir en el estudio de la salud mental de los adolescentes y a la investigación en muestras no clínicas, y al desarrollo de investigación en cuanto al estudio de factores que contribuyan a la salud mental del adolescente.

#### **4. Hipótesis.**

El estrés cotidiano familiar tiene un efecto directo sobre la autoestima, afrontamiento y depresión que a su vez generan desesperanza, que junto con las razones de vida e impulsividad explican el riesgo suicida en adolescentes entre 15 y 20 años de edad.

#### **5. Objetivos: general y específicos.**

Objetivo general: Analizar la predictibilidad del modelo hipotetizado de riesgo suicida compuesto por las variables: estrés cotidiano familiar, autoestima, afrontamiento, depresión, desesperanza, impulsividad y razones de vida en adolescentes entre 15 y 20 años de edad a través de ecuaciones estructurales (SEM).

A fin de facilitar la presentación de los resultados, se dividió el trabajo en tres fases, cada una corresponde a cada un objetivo específico planteado, con los respectivos objetivos de cada una.

##### **Fase 1.-** Validación de instrumentos.

**Objetivo:** Obtener indicadores de validez y confiabilidad de cada uno de los instrumentos.

##### **Fase 2.-** Análisis de interrelación.

**Objetivo:** Describir si existe asociación entre el estrés cotidiano familiar, autoestima, afrontamiento, depresión, desesperanza, impulsividad y razones de vida con riesgo suicida, así como las posibles diferencias entre hombres y mujeres.

En ésta fase se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis<sub>1</sub>: existe asociación positiva entre el estrés cotidiano familiar, depresión, desesperanza e impulsividad con el riesgo suicida.

*Hipótesis nula<sub>1</sub>*: no existe asociación positiva entre el estrés cotidiano familiar, depresión, desesperanza e impulsividad con el riesgo suicida.

*Hipótesis alterna<sub>2</sub>*: existe asociación negativa entre la autoestima, el afrontamiento y las razones de vida con el riesgo suicida.

*Hipótesis nula<sub>2</sub>*: no existe asociación negativa entre la autoestima, el afrontamiento y las razones de vida con el riesgo suicida.

*Hipótesis alterna<sub>3</sub>*: existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cada una de las variables de estudio.

*Hipótesis nula<sub>3</sub>*: no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cada una de las variables de estudio.

**Fase 3.-** Verificación del modelo estructural de riesgo suicida.

**Objetivo:** Verificar el modelo hipotetizado de riesgo suicida en adolescentes a través de la técnica estadística de Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM).

## **6. Diseño metodológico.**

### 6.1 Tipo de estudio

El presente estudio fue de tipo cuantitativo explicativo. Cuantitativo, ya que se usó la recolección de datos para probar las hipótesis con base en la medición numérica y análisis estadísticos y es de tipo explicativo ya que, se pretendió explicar un fenómeno social (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### 6.2 Diseño de estudio.

El diseño de investigación general fue de tipo transversal de un grupo con múltiples medidas e instrumental. Esto fue así ya que en la fase 1, se estudiaron las propiedades psicométricas de los instrumentos, lo cual es parte los estudios instrumentales (Montero & León, 2007). A su vez se consideró un diseño transversal porque este tipo de estudios capturan y miden las variables al mismo tiempo (Coolican, 2005) y de un grupo de con múltiples medidas por que se eligió el grupo (clave) de participantes que poseían las características afines con el objetivo de la investigación a fin de poseer la mayor heterogeneidad posible de todas las variables potencialmente independientes (Montero & León, 2007).

### 6.3 Universo y muestra.

La población o universo, se conforma por adolescentes de un rango de edad entre 15 a 20 años de edad (Media=16.95, DE=1.00). La muestra fue no probabilística de tipo intencional compuesta por 593 participantes, 202 hombres y 391 mujeres, todos estudiantes de tres instituciones públicas de educación medio superior de la Ciudad de Toluca, Estado de México.

Cabe mencionar que, el tamaño de la muestra se estimó considerando el tamaño de muestra mínimo para la técnica estadística de los SEM de acuerdo a los criterios absolutos, proporciones, de casos por variables y de potencia, así como en función la estimación de los casos por indicador, además fue viable considerando los criterios y proporciones de caso por variable (Vargas & Mora-Esquivel, 2017) y la posibilidad de realizar los análisis de: Alpha de Cronbach, la Correlación de Pearson, Análisis factorial exploratorio y confirmatorio y Modelo de Ecuaciones Estructurales - SEM (Rositas, 2014).

### 6.4 Criterios de inclusión y exclusión.

De manera general para el estudio, se consideran los siguientes criterios:

*Criterios de inclusión:* los participantes dentro de un rango de entre 15 y 20 años de edad, participantes de sexo femenino y masculino, estudiantes de nivel media superior de escuelas preparatorias de la ciudad de Toluca, Estado de México.

*Criterios de exclusión:* se excluyeron personas fuera del rango de edad establecido.

*Criterio de eliminación:* no se incluyeron aquellos datos de aquellas baterías inconclusas.

## 6.5 Variables de estudio.

Tabla 1. Definición operacional y conceptual de las variables

| Variable                  | Definición conceptual  | Definición operacional   | Dimensiones  | Tipo de variable | Escala de medición |
|---------------------------|--|--|--|------------------|--------------------|
| Estrés cotidiano familiar | Son los estresores psicosociales cotidianos que suceden en el ambiente familiar, es decir, situaciones de la vida diaria que significan simbólicamente daño, amenaza o desafío (González, 1992).   | Escala de Estrés Cotidiano Familiar (González-Forteza, 1992).  | Dificultades con el padre, dificultades con la madre, prohibiciones papás.   | Cuantitativa     | Intervalo          |
| Autoestima                | Es el juicio, un sentimiento, una actitud, con cualidad positiva o negativa, de aprobación o desaprobación respecto de sí mismos (González-Arratia, 2011).   | Cuestionario de Autoestima de González-Arratia (2011)  | Fracaso-afectivo emocional, familia, trabajo intelectual y éxito, yo.  | Cuantitativa     | Intervalo          |
| Afrontamiento             | Son los esfuerzos cognitivos y conductuales usados por un individuo ante las situaciones que sobrepasan sus recursos, es decir son mediadores entre la persona y el ambiente (Estresante), lo cual permite enfrentar el problema y regular la emoción (Folkman, <i>et al.</i> , 1986). | Cuestionario de Afrontamiento (Tobin, <i>et al.</i> , 2006, adaptado por Cano, <i>et. Al.</i> , 2006). | Resolución de problemas, autocrítica, pensamiento desiderativo, apoyo social, evitación de problemas, expresión emocional. | Cuantitativa     | Intervalo          |
| Depresión                 | Estado de tristeza y del ánimo, el cual se acompaña de una disminución de la actividad intelectual, física, social y ocupacional (Coffin, <i>et al.</i> 2011).   | Inventario de Depresión de Beck, BDI-II (Beck, Steer & Brown, 2006).                                   | Depresión (4 niveles: mínima, leve, moderada, grave).  | Cuantitativa     | Intervalo          |

|                 |  |  |  |              |            |
|-----------------|--|--|--|--------------|------------|
| Desesperanza    | Es un gran sentimiento de pérdida de ánimo, la imposibilidad de poder imaginar que algo mejor pueda ocurrir, o el hecho de perder la confianza de que las cosas pueden cambiar y ser mejores (Córdova, Rosales & Eguiluz, 2005). | Escala de Desesperanza de Córdova, Rosales & Eguiluz (2005).                               | Desesperanza.  | Cuantitativa | Intervalo  |
| Impulsividad    | Hace referencia al pobre autocontrol, caracterizado por tomar decisiones de manera rápida, deliberada y sin considerar las consecuencias (Dalley & Roiser, 2012).  | Escala de Impulsividad de Plutchik (1986).   | Impulsividad.  | Cuantitativa | Intervalo  |
| Razones de Vida | Sistema de potencial de creencias que brindan razones para no suicidarse y vivir (Linehan & Goodstein, 1983).  | Inventario de Razones de Vida para adolescentes RFL-A (Osman, <i>et al.</i> , 1996; 1998). | Alianza familiar, optimismo, autoaceptación, preocupaciones relacionadas con el suicidio, aceptación y soporte de pares. | Cuantitativa | Intervalo  |
| Riesgo suicida  | Beck, Kovacs y Weissman (1979) el riesgo suicida es “una declaración predictiva de la probabilidad de ocurrencia de un intento de suicidio fatal y puede ser concebida en términos de una compleja ecuación” (p. 344).           | Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (1989).   | Riesgo suicida.  | Cuantitativa | Dicotómica |

Fuente: elaboración propia.

## 6.6 Instrumentos.

Se aplicó una ficha de identificación con datos generales (ver Anexo D1), en la cual se obtuvo información de identificación y general de los participantes. A su vez, se aplicaron 7 instrumentos como a continuación se expone:

1. *Escala de Estrés Cotidiano Familiar (González-Forteza, 1992, Anexo D2)*: el instrumento original consta de 20 afirmaciones con respuestas que van de nada (valor 0), poco (valor 1), regular (valor 2) o mucho (valor 3), evalúa el grado de molestia que presentó cada estresor potencial vivido en los últimos tres meses, se divide en 6 factores (alfa: 0.86 y una varianza: 60.5%): violencia de papás (ítems:7,10,17,20), prohibiciones de mamá (ítems:14,15,13,16,11), prohibiciones de papá (ítems:1,5, 3,6), regaños de papás (ítems:18,8), problemas con hermanos (ítems:2,12,14) y enfermedades de papás (ítems: 9, 19), dicho instrumento fue elaborado en población adolescente mexicana.

De acuerdo con el criterio de jueces expertos en la materia, se realizaron algunos ajustes al instrumento para facilitar su aplicación. En el caso de las opciones de respuesta se hicieron de la siguiente manera: nada (valor 1), poco (valor 2), a veces (valor 3), mucho (valor 4) y siempre (valor 5). En virtud de que algunos ítems incluían dos preguntas, se consideró más pertinente dividirlos como en el caso de los ítems: 7, 17 y 20. Los cuales quedaron en la siguiente forma: el ítem 7 paso a ser los ítems 8 y 9, el ítem 17 paso a ser los ítems 19 y 20, y el ítem 20 paso a ser los ítems 23 y 24. También se agregó el ítem 5 (papá me prohibió tener novio). Quedando un total de 24 ítems. Finalmente, se recomendó modificar las instrucciones de la siguiente manera:

- Instrucción original: A continuación, se encuentran una serie de afirmaciones, por favor indique con una X en el recuadro de la derecha, la respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se han presentado en los últimos tres meses. No deje de contestar ninguna de ellas. Sus respuestas son confidenciales.

- Instrucción modificada: A continuación, se encuentran una serie de afirmaciones, elija la respuesta que se ha presentado en los últimos tres meses.

Posterior a los ajustes, de acuerdo con los resultados en este estudio, se mantuvieron 11 reactivos agrupados en 3 dimensiones; debido a la configuración de las dimensiones y considerando los ítems, se denominaron: dificultades con el padre, dificultades con la madre y problemas papás. En conjunto explicaron un total del 44.05% de la varianza; se obtuvo un alfa de Cronbach de .81 y un alfa Omega ordinal de .84.

2. *Cuestionario de Autoestima de González-Arratia (2011, Anexo D3)*: el instrumento original se compone por 25 ítems, con cuatro opciones de respuesta: nunca (valor 1), a veces (valor 2), casi siempre (valor 3) y siempre (valor 4); se integra por seis factores: yo (ítems: 1, 7, 13, 19, 29), familia (2, 8, 14, 20, 24), fracaso (3, 9, 15, 21), trabajo intelectual (4, 10, 16, 22), éxito (5, 11, 7) y afectivo-emocional (6, 12, 18). Para su codificación y posterior análisis de datos, de acuerdo con la autora, se recodifican 9 ítems en sentido inverso al ser considerados como ítems negativos dentro de la prueba, estos ítems son: 3, 5, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 25. Retomando el criterio de jueces expertos en la materia, para su aplicación se realizaron adaptaciones en las opciones de respuesta, las cuales quedaron de la siguiente manera: nunca (valor 1), casi nunca (valor 2), a veces (valor 3), casi siempre (valor 4) y siempre (valor 5). Posterior a los ajustes, de acuerdo con los resultados en este estudio, se mantuvieron 24 reactivos agrupados en 4 dimensiones que en conjunto explicaron un total del 61.63% de la varianza; se obtuvo un alfa de Cronbach de .94 y un alfa Omega ordinal de .93.

3. *Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin, Holroyd, Reynolds & Kigal, 1989, adaptación por Cano, Rodríguez & García (2006, Anexo D4)*: El instrumento, cuenta con 5 opciones de respuesta que van de: en lo absoluto, un poco, bastante, mucho y totalmente, posee 40 ítems agrupados en 8 factores (Varianza, 62%): Resolución de problemas (ítems: 1, 9, 17, 25, 33; varianza 8%, alfa 0.80), Autocrítica (ítems: 2, 10, 18, 26, 34; varianza 9%, alfa 0.86), Expresión Emocional (ítems: 3, 11, 19, 27, 35; varianza 8%, alfa 0.86), Pensamiento desiderativo (ítems: 4, 12, 20, 28, 36; varianza 8%, alfa 0.84), Apoyo social (ítems: 5, 13, 21, 29, 37; varianza 8%, alfa 0.84), Reestructuración cognitiva (ítems: 6, 14, 22, 30, 38; varianza 7%, alfa 0.82), Evitación de Problemas (ítems: 7, 15, 23, 31, 29; varianza 7%, alfa 0.78) y Retirada Social (ítems 8, 16, 24, 32, 40; varianza 6%, alfa 0.78), (Nava, Ollua, Vega & Soria, 2010).

Para su codificación cuenta con una escala secundaria que agrupa y reduce dimensiones: manejo adecuado centrado en la persona (resolución de problemas y reestructuración cognitiva), manejo adecuado centrado en la emoción (apoyo social y expresión emocional), manejo inadecuado centrado en el problema (evitación de problemas y pensamiento desiderativo) y manejo inadecuado centrado en la emoción (retirada social y autocrítica).

Así mismo, se encuentra una escala terciaria que agrupa y reduce a dos dimensiones: técnicas de afrontamiento centradas en el cambio (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional) y técnicas centradas en el estancamiento (evitación de

problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica). Para la presente investigación se consideró en el modelo hipotetizado propuesto, la escala terciaria, es decir: técnicas centradas en el cambio (TAC) y las técnicas centradas en el estancamiento (TAE).

Además, para la aplicación del instrumento, se realizaron adaptaciones al instrumento con base al criterio de jueces. En cuanto a las opciones de respuesta, se cambió el nombre de la primera opción de respuesta de la siguiente manera: “en lo absoluto” por “no en lo absoluto”, se modificaron 6 ítems (7, 10, 12, 23, 30 y 40) dividiéndose ya que, estos ítems preguntaban dos cosas al mismo tiempo, quedando estos en la siguiente posición: ítem 7 pasó a ser los ítems 7 y 8, ítem 10 pasó a ser los ítems 11 y 12, ítem 12 pasó ser los ítems 14 y 15, ítem 23 pasó a ser los ítems 26 y 27, ítem 30 pasó a ser los ítems 34 y 35 e ítem 40 pasó a ser los ítems 45 y 46. Así mismo, se modificó el contenido del ítem 33 original, pasando de “mantuve mi postura y luche por lo que quería”, a: “luché por lo que quería”. En el ítem 32 se sustituyó la palabra “nadie” por “alguien”. Finalmente se modificaron las instrucciones de la siguiente manera:

- Instrucción original: De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda: 0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente. Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

- Instrucción modificada: Piensa en una situación difícil, responde basándote en cómo manejaste esta situación de acuerdo AL GRADO en que hiciste cada afirmación...

Posterior a los ajustes, de acuerdo con los resultados en este estudio, se mantuvieron 34 reactivos agrupados en 6 dimensiones que en conjunto explicaron un total del 53.05% de la varianza; se obtuvo un alfa de Cronbach de .87 y un alfa Omega ordinal de .95.

4. *Inventario de Depresión de Beck, BDI-II (Beck, Steer & Brown, 2006, Anexo D5)*: consta de 21 ítems que evalúan los síntomas correspondientes a los criterios de depresión del DSM-IV; arroja como indicador la presencia del grado de síntomas depresivos. Clasifica a los sujetos de acuerdo a 4 niveles de depresión: mínima (0-13 puntos), leve (14 a 19 puntos), moderada (20 a 28 puntos y grave (de 29 a 63 puntos). Respecto a la evidencia de su validez en población adolescente

mexicana se han encontrado valores adecuados (Contreras, Hernández & Freyre, 2015). Además, en este estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de .91 y un alfa Omega ordinal de .91.

5. *Escala de Desesperanza de Córdova, Rosales & Eguiluz (2005, Anexo D6)*. La escala original consta de 15 ítems de tipo Likert, con las siguientes opciones de respuesta: siempre (valor 1), frecuentemente (valor 2), a veces (valor 3), casi nunca (valor 4) y nunca (valor 5), evalúa tres dimensiones: igualdad entre presente y futuro (ítems: 3,6,9), autoconcepto negativo (ítems: 10,12,5,14,2) y expectativas negativas (ítems: 1,4,7,8,11,13,15). Para su codificación y posterior análisis de datos, de acuerdo con la autora, se recodifican 8 ítems en sentido inverso al ser considerados como ítems negativos dentro de la prueba, estos ítems son: 2, 3, 5, 6, 8, 10, 12, 15.

Considerando el criterio de jueces expertos en la materia, se realizaron adaptaciones para su aplicación. Se modificó el de la opción de respuesta “frecuentemente” por “casi siempre”. Posterior a los ajustes y análisis de validez y confiabilidad, en este estudio se mantuvieron 14 reactivos agrupados en 2 dimensiones: autoconcepto negativo y expectativas negativas, las cuales en conjunto explicaron un total del 56.20% de la varianza, además se obtuvo un alfa de Cronbach de .80 y un alfa Omega ordinal de .99.

6. *Escala de Impulsividad de Plutchik (1986; Anexo D7)*: El instrumento original consta de 15 ítems (alfa de 0.61) y cuatro opciones de respuesta: nunca, a veces, a menudo y casi siempre. En jóvenes de México (Guadalajara), Salvador, (San Salvador) y España (Toledo), se encontró un alfa de 0.71 y varianza de 47.31% (Alcázar-Córcoles, Verdejo, Bouso-Sáiz, 2015). Se llevó a cabo una adaptación de la escala por indicación de expertos en la materia, se modificaron las instrucciones de la prueba de la siguiente manera:

Se añadió la opción de respuesta “siempre”. Se modificaron los nombres de las respuestas para adecuarse a la inclusión de una nueva respuesta quedando de la siguiente forma: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre. Así mismo, se realizó un punto de corte como propuesta para clasificar a aquellos individuos como impulsivos respecto a los que no lo son. Se realizó con un criterio de dos desviaciones en puntuación estandarizada a través del puntaje  $Z$ . Así, el punto de corte para la clasificación de la población considera con impulsividad se hizo con un criterio de dos desviaciones estándar fue de 1.986. en puntuación estandarizada ( $N=593$ ); por lo tanto, aquellos que obtuvieron una puntuación de entre -3.559 a 1.986 se consideraron sin impulsividad, y de 1.987 a 3.945 se considera con impulsividad. Lo anterior equivale en puntaje: de 0 a 53 se

consideran no impulsivos y de un puntaje de 54 a 75 se consideran con impulsividad. Además, se obtuvo un alfa de Cronbach de .70 y un alfa Omega ordinal de .72.

7. *Inventario de Razones de Vida para adolescentes RFL-A (Osman, et al., 1996; 1998. Anexo D8)*: el instrumento original consta de 32 ítems agrupados en 5 dimensiones: alianza familiar (ítems: 1,7,12,17,23,24,30), preocupaciones relacionadas al suicidio (ítems:2,8,20,21,26,32), aceptación y soporte de pares (ítems:5,6,10,16,22,27), optimismo al futuro (ítems:4,11,15,19,25,28) y autoaceptación, ítems (3,9,14,18,29,31). Así mismo cuenta con 6 opciones de respuesta (traducción propia): nada importante (como una razón para no suicidarme, o, no me aplica; valor 1), un poco sin importancia (valor 2), algo sin importancia (valor 3), algo con importancia (valor 4), un poco importante (valor 5), extremadamente importante (como una razón para no suicidarme, creo mucho en esto y es muy importante, valor 6). Al momento no se han encontrado estudios que prueben la validez y confiabilidad de este instrumento en población adolescente mexicana. En este estudio, se mantuvieron 30 reactivos agrupados en 5 dimensiones, las mismas que el instrumento original, que, en conjunto, explicaron un total del 71.3% de la varianza; se obtuvo un alfa de Cronbach de .95 y un alfa Omega ordinal de .97.

Para su aplicación, se llevó a cabo una adaptación de la escala por sugerencia de expertos en la materia, así, se modificaron las opciones de respuesta, se eliminó la opción 5 “bastante importante”, por lo que se pasó de 6 a 5 opciones de respuesta, además, la redacción de las opciones de respuesta quedó de la siguiente manera: no tan importante (valor 1), un poco sin importancia (valor 2), algo sin importancia (valor 3), algo importante (valor 4) y extremadamente importante (valor 5). Además, se modificaron las instrucciones de la siguiente manera:

- Instrucción original (traducción propia): Este cuestionario enumera las razones específicas que la gente a veces tiene para no cometer suicidio, si el pensamiento se les ocurriera o si alguien fuera a sugerir a ellos. Por favor, lea cuidadosamente cada declaración y luego elija un número que mejor describa cuán importante es cada razón para ti, para no cometer suicidio. Use la escala a continuación y marque el número apropiado en el espacio a la derecha de cada declaración.

Utilice toda la gama de opciones para no clasificar sólo en el centro (2,3,4,5) o sólo en los extremos (1, 6): 1 = Nada importante, 2 = Muy importante, 3 = Poco importante, 4 = Algo importante, 5 = Bastante importante y 6 = Extremadamente importante

- Instrucción modificada: Lee cuidadosamente cada declaración, elije cuán importante es cada razón o motivo para vivir.

8. *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (1989, Anexo D9)*. Evalúa: ideación suicida, sentimientos de depresión y desesperanza e intentos previos. Sin informe de confiabilidad y validez en jóvenes mexicanos de educación media superior. Consta de 15 ítems, con respuestas de tipo dicotómicas. La confiabilidad en la escala original es de .84 y en la validación española de .90, tras el test-retest de 72 horas  $r=.89$ .

Para la aplicación del instrumento en este estudio de acuerdo con el criterio de expertos en la materia, se eliminó el ítem 10 dado las características de la población objetivo ya que éste ítem, se refería a sí el participante estaba separado (a), divorciado (a) o viudo (a). En consecuencia, se hizo necesario establecer un nuevo punto de corte para poder clasificar a los participantes con y sin riesgo suicida pues este era de 6 considerando su estructura original. De acuerdo a los resultados obtenidos, para esta escala modificada de 14 ítems, el punto de corte con un criterio de dos desviaciones estándar fue de 1.92 en puntuación estandarizada, que en términos del puntaje total no estandarizado equivale a, de 0 a 8 puntos se consideran sin riesgo suicida, mientras que de 9 a 14 puntos se consideran con riesgo suicida. En este estudio se contó con un alfa de Cronbach de .79 y un alfa Omega ordinal de .79.

#### 6.7 Procedimiento.

Para el presente estudio, se consideró el siguiente procedimiento:

- Se ubicaron instituciones de nivel medio superior, posteriormente se gestionaron los permisos para la aplicación de los instrumentos.
- En aquellas instituciones que así lo permitieron, se entregaron las cartas de consentimiento y asentimiento a los participantes.
- Se acordó un día y hora para la aplicación de los instrumentos con las autoridades educativas de cada plantel. Consecutivamente se explicó de manera verbal el objetivo de la investigación, dejando en claro las consideraciones éticas de la misma. Después, se solicitó la carta de consentimiento y asentimiento a los participantes con sus respectivas firmas para poder entregar el instrumento el cual, se aplicó de manera grupal. Cabe mencionar que todos los grupos recibieron las mismas indicaciones.
- Posteriormente se capturó y procesó la información obtenida a través de los análisis correspondientes a la fase de estudio en el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS, por sus siglas en inglés) en su versión 22.

Para cada fase se consideró lo siguiente:

**Fase 1.** En esta fase, el instrumento de razones de vida, se realizó la traducción del Instrumento al idioma español. De manera general para todos los instrumentos, se realizó validación por jueves. Una vez aplicados los instrumentos, se procesó la información y se analizó para obtener los datos de confiabilidad y validez de cada instrumento.

**Fase 2.** Para esta fase, una vez obtenidos los datos de la fase 1, se procedió a realizar el análisis de interrelación de los instrumentos.

**Fase 3.** Finalmente, en esta fase, a partir de la información recabada en las fases anteriores, una vez cumplidas las condiciones estadísticas necesarias para el realizar el análisis de datos a través de SEM, se procedió a este análisis.

## 6.8 Recolección de Datos.

Se aplicaron todos los instrumentos de manera colectiva, en un tiempo aproximado de 50 minutos, en las respectivas aulas de acuerdo a los horarios establecidos por cada institución. Posteriormente se capturaron en SPSS versión 2.

## 6.9 Análisis estadísticos.

En consonancia con los objetivos planteados, los análisis estadísticos aplicados a los datos obtenidos de acuerdo a cada fase fueron:

### **Fase 1.** Validación para cada Instrumento

- Análisis descriptivos de todas las escalas
- Validez de Contenido: a juicio de expertos en la materia revisaron los ítems e instrucciones para asegurar la comprensión del Inventario breve de Razones de Vida para adolescentes.
- Análisis de consistencia interna con alfa de Cronbach para estimar la fiabilidad del Instrumento.
- Análisis factorial Exploratorio (AFE) y Análisis factorial Confirmatorio (AFC) en SPSS v. 22.

### **Fase 2.**

- Análisis descriptivo para poder observar la tendencia de respuestas de cada escala.
- Se obtuvieron puntos de corte para las escalas de riesgo suicida de Plutchik (1989) y la escala de impulsividad de Plutchik (1986) en la aplicación de Excel del programa de paquetería para oficina (OFFICE) de Microsoft 2010.

- Se usó la prueba U de Mann Whitney para observar las diferencias por sexo en SPSS.
- Se realizó análisis Rho de Spearman, para poder conocer si existe una relación entre las variables de estudio en SPSS.
- Se usó el Análisis de regresión lineal múltiple por el método de pasos para identificar las variables que mejor predecían el riesgo suicida en SPSS v.22

**Fase 3.** Con los datos obtenidos, se procedió a poner a prueba un Modelo hipotético teórico a través de las SEM, la cual es una técnica que permite cuantificar y comprobar teorías, y el estudio de las relaciones causales entre las variables (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1999). Se consideraron los siguientes índices: índice de fiabilidad (alfa de Cronbach), estadístico  $\chi^2$  de bondad de ajuste ( $>.90$ ), índices de bondad de ajuste (índice de ajuste normado [*NFI*], el índice no normado [*NNFI*] y el índice de ajuste comparativo [*CFI*],  $>.90$ ), índices de covariación del modelo (error de aproximación de la raíz media al cuadrado [*RMSEA*], entre .06 y .08 se considera como un modelo aceptable] y raíz media estandarizada del cuadrado residual [*SRMR*] $>.90$ ).

Se trabajó con un nivel de significancia  $p \leq 0.05$  en todas las pruebas estadísticas.

#### 6.10 Aspectos éticos.

El presente trabajo de Investigación en consideración del trabajo con participantes humanos, por consiguiente, revisaron los siguientes requerimientos y preceptos éticos. De acuerdo con Polit y Hungler (2000):

- Principio de Beneficencia: Dicho precepto se fundamenta en la máxima “*Por sobre todas las cosas, no dañar*”; lo anterior implica que los participantes no se les expondrá a experiencias que resulten en daño, por lo cual se deben cuidar las consecuencias físicas y psicológicas de los mismos, así mismo deberá existir la garantía de no ser explotados ni colocarlos en desventaja (p.132).
- Principio de la Dignidad Humana: Se refiere al principio postulado en el *Belmont Report*, engloba el derecho de la autodeterminación y el conocimiento irrestricto de la información (p. 134).
- Principio de Justicia: los participantes tienen derecho a un trato justo y equitativo sin discriminación ni perjuicio con pleno cumplimiento de los acuerdos establecidos. Este

principio también incluye el derecho a la privacidad o intimidad de los participantes (p. 136).

- Consentimiento Informado: es el procedimiento mediante el cual el participante expresa de manera voluntaria sin dolo, alevosía y/o ventaja su voluntaria participación en alguna investigación, supone que se ha otorgado a los participantes de información adecuada de manera entendible para elegir de manera consiente su participación en la investigación (p.138).

Por su parte, Levine (1988, p. 12) indica los siguientes principios:

- Respeto a las personas: los participantes serán tratados como sujetos autónomos de manera digna, respetando integridad y decisión en todo momento respecto a su participación en la investigación.
- Beneficencia: se pretende asegurar que exista un beneficio proporcional al riesgo que tengan los participantes.
- Justicia: los beneficios y la carga por ambas partes (participantes / investigadores) se asumirán a fin de beneficiar a la sociedad en conjunto.
- Autonomía: se garantiza la confidencialidad, la autonomía y voluntad del participante.

De manera conjunta, las Naciones Unidas (1999) indican que lo profesionales de la salud deberán siempre actuar en interés al paciente, mantener la confidencialidad de los mismos, moralmente están obligados a respetar las normas profesionales establecidas por sus órganos profesionales. Por lo tanto, fue necesario conocer los siguientes ordenamientos:

- El Código de Nüremberg (1947): fue el primer texto en el que se planteó la obligación de la necesidad del Consentimiento Informado, el cual es “expresión de la autonomía del paciente”, por lo que debe ser voluntario de manera esencial. Además, debe considerarse que el experimento sea útil para el bien de la sociedad (evitando todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario, así como establecer las condiciones para proteger el sujeto experimental de cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte), y ser conducido sólo por personas calificadas, el sujeto deberá tener la libertad para poner fin el experimento si para él parece imposible continuarlo (p.1).
- Declaración de Lisboa sobre los derechos del paciente (adoptado en 1949): considera importante el secreto profesional salvo circunstancias excepcionales (por requerimiento

legal) o si el paciente da su consentimiento explícito (Asociación Médica Mundial, 1981, p. 1-2).

- La Declaración de Helsinki (1964): indica que, el progreso médico se fundamenta en la investigación, la cual ha de ser de utilidad para las personas, por lo cual se pretende mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas siempre que se preserve la primacía de los derechos de las personas participantes, por tanto deben de tomarse precauciones especiales: debe ser llevada a cabo sólo por personas cualificadas, debe hacerse una evaluación de riesgos que deberán ser informados (en su caso) al participante, prevaleciendo sus derechos e integridad; así mismo se mantendrá la privacidad y *confidencialidad*, se informará de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos o molestias previstas y se considerara su participación libre y preferentemente por escrito con la posibilidad de revocar en todo momento su consentimiento sin perjuicio alguno (World Medical Association, 2013, p. 1-4).

Así mismo, en México, de manera general, de acuerdo a la *Ley General de Salud 2017* (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2017) en su título quinto: “Investigación para la salud”, artículo 100, establece que la investigación en seres humanos deberá desarrollarse considerando: los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, además no se expondrá a riesgos a los participantes ni daños innecesarios, se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del participante o de su representante legal, la investigación sólo podrá realizarse por profesionales de la salud, el cual suspenderá la investigación si así se requiriera para mantener la integridad y vida del participante (p.100).

Aunado a lo anterior, el *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud* (Ídem.) establece en su artículo 20 que el consentimiento informado es un acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación (participante) o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, en pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, bajo libre elección y sin coacción alguna. En tanto, en el artículo 21, establece que, para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara, completa y comprensible sobre los siguientes aspectos: la justificación y los objetivos de la investigación, el procedimiento, las molestias o riesgos, los beneficios, la garantía de recibir una respuesta a cualquier pregunta y aclaración relacionado con la investigación y la participación del

sujeto de estudio, la libertad de retirar su consentimiento y dejar de participar en el estudio sin perjuicio alguno, el respeto a la privacidad y confidencialidad, el compromiso de proporcionar información obtenida del estudio sin que afecte a la participación y la disponibilidad de tratamiento médico.

Y, el artículo 22 indica que, el consentimiento informado deberá reunir los siguientes requisitos: ser elaborado por el investigador principal, ser revisado y en su caso aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud, se indicarán nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación por lo que deberán estos proporcionar sus firmas así como el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso y se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal (p.7).

Otro documento revisado fue el *Código Ético del Psicólogo* de la Sociedad Mexicana de Psicología (2007). En cuanto a sus artículos 46 al 69, establece que: el psicólogo planea y conduce investigación de manera consiente, con las leyes federales y estatales y regulaciones así como las normas profesionales, sin engaño, considerando el sometimiento a un comité ético, el respeto a la dignidad, el bienestar de los participantes, deberá proporcionar una explicación entendible para la persona valorada, se documentará apropiadamente el trabajo profesional y científico, se mantendrá la confidencialidad de los resultados y privacidad de los datos sensibles aún en presentaciones científicas o profesionales (p.57-66).

Finalmente, considerando los principios y leyes previamente enunciadas, se consideró para el siguiente proyecto: la legislación en torno a la Investigación en el área de la Salud, derechos de los participantes, principios éticos en investigación y el código ético del psicólogo, el someter la investigación a aprobación ante Comité Ético del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México (Anexo B), la obtención de la carta de consentimiento y de asentimiento por parte de los participantes y padres de familia y/o tutor.

En tal virtud, se entregó al participante cuando menos un día previo a la aplicación de la batería de instrumentos, una “Carta de consentimiento informado” (Anexo C1) para que sus padres o tutor (es) legal, aprobaran su participación en la investigación, y el día de la aplicación de la batería de instrumentos, se entregó una “Carta de asentimiento informado” (Anexo C2) en la cual se expresa que él desea participar de manera voluntaria en la investigación. Si bien, la batería de pruebas contó con un apartado de “Datos generales, de identificación y datos Sociodemográficos” (Ficha

de identificación, Anexo D), en el cual se obtuvo información significativa para el trabajo, como: nombre, edad, sexo, escolaridad, etc., cabe mencionar que, en estricto apego al deber moral y normativo, dicha información fue de uso exclusivo para los fines de investigación, por lo cual se respetó su confidencialidad en todo momento.

Finalmente, cabe mencionar que, en caso de que algún participante requiriera de apoyo al inicio de la aplicación se mencionaron los datos del Cuerpo académico Cultura y Personalidad de la Fa.Ci.Co., UAEM, con la finalidad de que si así lo requirieran pudieran obtener información y/o apoyo psicológico.

## 7. Resultados.

7.1 Artículo aceptado y publicado.

7.1.1 Título del artículo

7.1.2 Página Frontal del manuscrito



Nº 22, Vol. 11 (1), 2019. ISSN 2007 – 0705, pp.: 413 - 432  
doi.org/10.21640/ns.v11i22.1825

### **Desesperanza y autoestima en adolescentes con y sin riesgo suicida Hopelessness and Self-esteem in teenagers with and without suicidal risk**

Thalia Monserrat Honorato Bernal<sup>1</sup>, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes<sup>1</sup>, Ana Olivia Ruiz Martínez<sup>1</sup> y Patricia Andrade Palos<sup>2</sup>

**Palabras clave:** riesgo suicida; adolescentes; desesperanza; autoestima  
**Keywords:** suicidal risk; adolescents; hopelessness; self-esteem

Recepción: 01-02-2019 / Aceptación: 27-03-2019

#### **Resumen**

El suicidio se considera un problema de salud pública que ha aumentado exponencialmente, por lo que identificar población en riesgo suicida, así como factores asociados es esencial para su prevención en la población adolescente. Este estudio, analizó en qué medida la autoestima, la desesperanza y factores sociodemográficos, inciden en la presencia de riesgo suicida en adolescentes de educación media superior; para ello, se trabajó con un total de 74 participantes hombres y mujeres con un rango de edad de 15 a 18 años, de una población no clínica clasificados en dos grupos: con y sin riesgo suicida, en igual número y características de edad y sexo. Se aplicó la escala de riesgo Suicida de Plutchik (1989; 1998), la escala de Autoestima de González-Arratia (2011) y la escala de Desesperanza de Córdoba, Rosales y Eguiluz (2005). Los resultados indicaron la existencia de una relación positiva significativa entre las variables de riesgo suicida y desesperanza e inversa con autoestima. Respecto al tipo de familia, los participantes de familia monoparental, puntuaron más alto tanto en riesgo suicida como en desesperanza. Del modelo de regresión logística binaria, se obtuvo que la variable que predice el riesgo suicida es la desesperanza, seguida de la autoestima. No se reportan diferencias entre hombres y mujeres en ninguna de las variables evaluadas. Se concluye que la desesperanza incrementa la probabilidad de riesgo suicida, por lo que su inclusión es esencial en futuros estudios empíricos, así como en modelos de prevención e intervención en adolescentes.

#### **Abstract**

Suicide is considered a public health problem that has increased exponentially, so identify a population on suicide risk as well as associated factors, is essential for prevention in the adolescent population. This study analyzed the influence of self-esteem, hopelessness and sociodemographic factors affect the presence of suicidal risk in adolescents; for this, was worked

<sup>1</sup> Universidad Autónoma del Estado de México. E-mail: honoratobernal1@gmail.com

<sup>2</sup> Universidad Nacional Autónoma de México

© Universidad De La Salle Bajío (México)

### 7.1.3 Carta de aceptación

[NS] Decisión del editor/a DCS x



**Revista Científica Electrónica** <nova\_scientia@delasalle.edu.mx>  
para mí ▾

mié., 13 mar. 17:19

Estimado Maestria Thalia Monserrat Honorato Bernal:

Por medio de la presente le informamos que su envío "Desesperanza y autoestima en adolescentes con y sin riesgo suicida." ha sido evaluado y que se ha tomado la determinación de que sea considerado para su publicación pero con cambios que deberán ser nuevamente dictaminados.

Deseamos recibir la versión definitiva (en la cual deberá considerar las observaciones realizadas por los evaluadores) en un plazo no mayor a 15 días naturales a partir del día de hoy.

Equipo editorial

Nova Scientia ISSN 2007 - 0705

Indizada en: CONACyT

<http://www.conacyt.mx/index.php/comunicacion/indice-de-revistas-mexicanas-de-investigacion/category/multidisciplinaria>

---

7.2 Artículo enviado

7.2.1 Título del artículo enviado

**PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE RAZONES PARA VIVIR RFL-A EN UNA MUESTRA NO CLÍNICA DE ADOLESCENTES MEXICANOS.**

Autor correspondiente

Thalia Monserrat Honorato Bernal

Estudiante del Doctorado en Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias de la Conducta. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca.

Dirección postal: Filiberto Gómez S/N, Barrio de Tlacopa, 50010, Toluca de Lerdo, México.

Correo: [honoratobernal1@gmail.com](mailto:honoratobernal1@gmail.com)

Número de contacto: 044-7228627836.

Coautores

Norma Ivonne González Arratia López Fuentes

Profesor-Investigador de tiempo completo y Coordinadora de Estudios Avanzados, Facultad de Ciencias de la Conducta. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca.

Ana Olivia Ruíz Martínez

Profesor-Investigador de tiempo completo, Centro Universitario Zumpango. Universidad Autónoma del Estado de México. Zumpango.

Patricia Andrade Palos

Profesor-Investigador de tiempo completo, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México.

## 7.2.2 Carta de envío y carta recepción del artículo.



Thalia M. Honorato B. <honoratobernal1@gmail.com>  
para revista, Cco: Norma

📧 lun., 14 de oct. de 2019 17:54 ★ ↩ ⋮

Dra. Laura Hernández-Guzmán  
Editora General de la Revista Mexicana de Psicología  
Presente:

Anticipando un cordial saludo, los abajo firmantes, nos permitimos enviar para su consideración el artículo titulado: "Propiedades psicométricas de la escala de Razones para Vivir RFL-A en una muestra no clínica de adolescentes mexicanos", el cual se anexa en el presente.

Declaramos, que esta investigación no ha sido publicada en ninguna otra revista ni esta siendo sometida a otro medio de difusión científica. Adicionalmente, le informamos que este estudio forma parte de un proyecto de tesis del Doctorado en Ciencias de la Salud (PNPC-CONACYT), el cual, se encuentra registrado y avalado por Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados de la Universidad Autónoma del Estado de México así como del Comité de Ética del mismo organismo académico.

Sin otro particular por el momento, nos despedimos de usted, no sin antes enviarle nuestra más alta estima académica y profesional.

Atentamente

Thalia Monserrat Honorato Bernal.

Contacto: [honoratobernal1@hotmail.com](mailto:honoratobernal1@hotmail.com) / Cel.: 0447228627836.

Norma Ivonne González Arratia López Fuentes.

Contacto: [nigalf@yahoo.com.mx](mailto:nigalf@yahoo.com.mx)

Ana Olivia Ruiz Martínez.

Contacto: [ana\\_olivi@yahoo.com.mx](mailto:ana_olivi@yahoo.com.mx)

Patricia Andrade Palos.

Contacto: [p.andradepalos@gmail.com](mailto:p.andradepalos@gmail.com)



Revista Psicología

📧 19 oct. 2019 14:44 ★ ↩ ⋮

para mí

Estimada Thalia Monserrat Honorato Bernal:

Debido al elevado número de manuscritos que se recibe en la *Revista Mexicana de Psicología*, se ha considerado necesario someter cada manuscrito que se recibe a un primer filtro para determinar si se ajusta a los criterios de nuestra revista y al *Manual de publicaciones APA*. Hemos recibido su manuscrito "**Propiedades psicométricas de la Escala de razones para vivir RFL-A en una muestra no clínica de adolescentes mexicanos**", de las autoras **Thalia Monserrat Honorato Bernal, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes, Ana Olivia Ruiz Martínez y Patricia Andrade Palos**, mismo que se ha registrado con el número **66-141019**. Si el manuscrito pasa el filtro descrito, conservará ese registro e ingresará al proceso editorial. En caso de que no pase el filtro, se regresará el documento sin revisar. Por la misma razón, no se dará respuesta a preguntas sobre el avance del proceso editorial. Al momento de recibir por lo menos dos revisiones de su trabajo, enviaremos a usted la decisión editorial y los comentarios de los revisores.

Atentamente,

Revista Mexicana de Psicología

## 8.2 Resultados del análisis por fases.

Como parte del estudio de las variables, se integran los resultados de los análisis de acuerdo a las fases de estudio establecidas en el apartado de metodología en este apartado.

Con el objetivo de identificar las características sociodemográficas de la muestra, se realizó una clasificación según la edad, rendimiento académico y tipo de familia, así, la muestra se compuso por 593 participantes (202 mujeres y 391 hombres) de entre 15 a 19 años de edad, respecto a su rendimiento académico, el 28.4% reportó un rendimiento bajo (6 a 7.5), 47.3% medio (7.6 a 9), 20.3% alto (9.1 a 10) y el 4.1% no proporcionó información. En cuanto a la estructura familiar, el 73% indicó que vivía en una familia biparental, mientras que el 27% vivía en una familia monoparental. Los participantes reportan pertenecer a un nivel socioeconómico medio.

Ahora bien, dado que, el estudio se dividió en 3 fases, se presentarán los resultados en ese orden. La fase 1, consistió en la validación de los instrumentos. Debido a que la escala de Razones de vida para adolescentes RFL-A (Osman, *et al.*, 1996; 1998) se encontraba en idioma inglés, y los otros instrumentos se encontraban en idioma español; se consideró la realización de dos sub fases, la primera consistente en la obtención de índices de validez y confiabilidad del RFL-A y la segunda en la obtención de los mismos indicadores de los demás instrumentos.

Para la adaptación y validación de la RFL-A, se siguieron los pasos recomendados internacionalmente para la adaptación de instrumentos: traducción, retro traducción, evaluación por jueces y prueba de pilotaje (Beatón, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000), así como una validación a través de: análisis factorial exploratorio (AFE), análisis factorial confirmatorio (AFC), validación divergente: se realizó con las escalas de Autoestima (González-Arratia, 2011) y Desesperanza (Córdova, Rosales & Eguiluz, 2005).

En la evaluación por jueces se redujeron las opciones de respuesta pues en la escala original se contaba con 6 opciones de respuesta (traducción propia): nada importante (como una razón para no suicidarme, o, no me aplica; valor 1), un poco sin importancia (valor 2), algo sin importancia (valor 3), algo con importancia (valor 4), un poco importante (valor 5), extremadamente importante (como una razón para no suicidarme, creo mucho en esto y es muy importante, valor 6), mientras que en esta versión se contó con 5 opciones de respuesta: no tan importante (valor 1), un poco sin importancia (valor 2), algo sin importancia (valor 3), algo importante (valor 4) y extremadamente importante (valor 5). En el AFE se eliminaron los ítems 4 y 18.

Finalmente, se obtuvieron 5 factores, los mismos que en la estructura propuesta originalmente, se contó con una varianza total explicada del 71.18%, las cargas factoriales oscilaron entre .52 y .85, se encontró un alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) = .95 y un alfa ordinal con el coeficiente omega ( $\omega$ ) = .97. En términos generales, el instrumento contó con las propiedades psicométricas adecuadas en cuanto a consistencia interna, estructura factorial general y por dimensiones, así mismo se obtuvo una estructura similar a la original, se consideró adecuada para la población adolescente mexicana y de fácil aplicación.

Respecto a la validación de los otros instrumentos de la batería aplicada. A fin de obtener los datos de validez de cada escala, se realizó una prueba de normalidad univariante a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, así como un análisis de fiabilidad a través de alfa (ver Tabla 1); si bien, no se cumplió con el supuesto de normalidad, de acuerdo con Landero y González (2002), se puede continuar con el análisis ya que, estos resultados “no se invalidan lo que suele hacerse en la práctica psicométrica” (p.402), en consecuencia, se procedió al análisis. Se encontraron índices adecuados en el estadístico alfa de Cronbach y alfa omega de cada instrumento.

Tabla 1. Resultados de normalidad y alfa de los instrumentos aplicados.

| Variable                  | Kolmogorov-Smirnov |      | Alfa de Cronbach | Alfa Omega |
|---------------------------|--------------------|------|------------------|------------|
|                           | Media              | Sig. |                  |            |
| Estrés cotidiano familiar | 20.41              | .00  | .81              | .84        |
| Autoestima                | 95.84              | .00  | .94              | .93        |
| Afrontamiento             | 118.91             | .00  | .87              | .95        |
| Depresión                 | 12.20              | .00  | .91              | .91        |
| Desesperanza              | 34.43              | .00  | .80              | .89        |
| Impulsividad              | 45.03              | .00  | .70              | .72        |
| Razones de Vida           | 129.67             | .00  | .95              | .97        |
| Riesgo suicida            | 3.13               | .00  | .79              | .79        |

Fuente: elaboración propia.

Posteriormente se realizaron AFE de cada uno de los instrumentos (Anexo C), a través del método de factorización de ejes principales, rotación varimax, con un peso factorial de .40 y sin número de dimensiones, así como AFC (con AMOS, v.22). Por lo que, para los análisis posteriores, se consideró la estructura factorial obtenida en cada instrumento. De acuerdo a los datos descriptivos de los instrumentos (ver tabla 2). En los datos de estrés cotidiano familiar, se encontraron puntuaciones inferiores a la media tanto en las dimensiones como en la puntuación total. En tanto, en las variables autoestima y afrontamiento se encontraron altas puntuaciones tanto en sus dimensiones como en la puntuación total, al igual que en la variable impulsividad. Mientras

que se encontraron puntuaciones debajo de la media en desesperanza. Finalmente, se encontraron altas puntuaciones en las razones para vivir tanto en dimensiones como en la puntuación total y bajas puntuaciones en riesgo suicida.

Tabla 2. Descriptivos de cada variable de la Batería de Instrumentos (N=593).

| Variable                  | Dimensiones                                 | Mínimo           | Máximo | Media  | D.E   | Alfa |
|---------------------------|---|------------------|--------|--------|-------|------|
| Estrés Cotidiano Familiar | Dificultades con el padre                   | 0                | 20     | 7.48   | 2.77  | .81  |
|                           | Dificultades con la madre                   | 0                | 15     | 5.15   | 2.31  |      |
|                           | Prohibiciones papas                         | 2                | 20     | 7.77   | 3.50  |      |
|                           | Puntuación Total                            | 5                | 47     | 20.41  | 6.72  |      |
| Autoestima                | Fracaso y afectivo-emocional                | 8                | 40     | 31.60  | 6.95  | .94  |
|                           | Familia                                     | 6                | 25     | 21.44  | 4.00  |      |
|                           | Trabajo intelectual y éxito                 | 8                | 30     | 22.44  | 4.24  |      |
|                           | Yo  | 5                | 25     | 20.33  | 4.51  |      |
|                           | Puntuación total                            | 34               | 120    | 95.84  | 16.92 |      |
| Afrontamiento             | Resolución de problemas                     | 8                | 40     | 30.27  | 6.05  | .87  |
|                           | Pensamiento desiderativo                    | 6                | 30     | 22.945 | 5.28  |      |
|                           | Apoyo social                                | 5                | 25     | 17.36  | 5.27  |      |
|                           | Evitación de problemas                      | 6                | 30     | 19.24  | 4.96  |      |
|                           | Expresión emocional                         | 4                | 20     | 13.49  | 4.40  |      |
|                           | Autocrítica                                 | 4                | 20     | 11.82  | 4.02  |      |
|                           | Estrategias centradas en el estancamiento   | 16               | 80     | 54.01  | 9.16  |      |
|                           | Estrategias centradas en el cambio.         | 17               | 85     | 61.14  | 12.99 |      |
|                           | Puntuación total                            | 16               | 80     | 54.01  | 9.16  |      |
|                           | Depresión                                   | Puntuación total | 0      | 50     | 12.20 |      |
| Desesperanza              | Autoconcepto negativo                       | 8                | 40     | 20.51  | 7.54  | .80  |
|                           | Expectativas negativas                      | 6                | 30     | 13.91  | 5.26  |      |
|                           | Puntuación total                            | 14               | 62     | 34.43  | 10.02 |      |
| Impulsividad              | Puntuación total                            | 18               | 75     | 45.03  | 7.59  | .70  |
| Razones de vida           | Alianza familiar                            | 7                | 35     | 28.57  | 6.96  | .95  |
|                           | Optimismo futuro                            | 7                | 35     | 30.72  | 5.19  |      |
|                           | Autoaceptación                              | 6                | 30     | 24.88  | 5.89  |      |
|                           | Preocupaciones relacionadas con el suicidio | 6                | 30     | 22.25  | 7.44  |      |
|                           | Aceptación y soporte de pares               | 6                | 30     | 23.24  | 5.58  |      |
|                           | Puntuación total                            | 32               | 160    | 129.67 | 24.73 |      |
| Riesgo Suicida            | Riesgo suicida                              | 0                | 14     | 3.13   | 2.92  | .79  |

Fuente: elaboración propia.

Respecto a la fase 2, se realizó la prueba de U de Mann Whitney para identificar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las variables de acuerdo al Sexo. Como se puede apreciar en la tabla 3, se encontraron diferencias estadísticamente significativas las dimensiones dificultades con la madre y problemas papás, así como en la puntuación total de la variable estrés cotidiano familiar, así mismo presentaron diferencias estadísticamente significativas las dimensiones yo, familia, fracaso y afectivo emocional y en la puntuación total de la variable autoestima.

Del mismo modo, hubo diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones resolución de problemas, pensamiento desiderativo, evitación de problemas y estrategias centradas en el estancamiento de la variable afrontamiento.

Al mismo tiempo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión autoconcepto negativo de la variable desesperanza y en la puntuación total de la variable depresión. En contraparte, no hubo diferencias estadísticamente significativas en las variables impulsividad y razones de vida.

Tabla 3. Descriptivos y resultados de la U de Mann Whitney (N=593)

| Variables                 | Dimensiones   | Hombres (202) |       |                | Mujeres (391) |       |                | p   |
|---------------------------|---|---------------|-------|----------------|---------------|-------|----------------|-----|
|                           |   | Media         | D.E.  | Rango promedio | Media         | D.E.  | Rango promedio |     |
| Riesgo Suicida            | Riesgo suicida                                      | 11.00         | 2.70  | 272.6          | 14.00         | 3.35  | 309.5          | .01 |
| Estrés cotidiano familiar | Dificultades con el padre                           | 7.14          | 2.75  | 274.4          | 7.65          | 2.77  | 308.6          | .02 |
|                           | Dificultades con la madre                           | 5.00          | 2.28  | 282.7          | 5.23          | 2.33  | 304.3          | .13 |
|                           | Problemas papás                                     | 7.16          | 3.30  | 266.2          | 8.08          | 3.56  | 312.9          | .00 |
|                           | Puntuación total                                    | 19.30         | 6.28  | 270.4          | 20.98         | 6.88  | 310.71         | .00 |
| Autoestima                | Yo  | 21.29         | 4.00  | 331.7          | 19.84         | 4.67  | 279.0          | .00 |
|                           | Familia   | 22.00         | 3.57  | 319.6          | 21.16         | 4.18  | 285.2          | .01 |
|                           | Trabajo Intelectual y éxito                         | 22.74         | 4.07  | 310.5          | 22.29         | 4.32  | 290.0          | .16 |
|                           | Fracaso y afectivo-emocional                        | 32.80         | 6.00  | 322.1          | 30.98         | 7.34  | 284.0          | .01 |
|                           | Puntuación Total                                    | 98.84         | 14.71 | 324.4          | 94.28         | 17.78 | 282.8          | .00 |
| Afrontamiento             | Resolución de problemas                             | 31.43         | 5.86  | 331.0          | 29.68         | 6.07  | 279.4          | .00 |
|                           | Pensamiento desiderativo                            | 21.59         | 5.71  | 256.4          | 23.63         | 4.90  | 317.9          | .00 |
|                           | Apoyo social  | 17.54         | 5.14  | 301.5          | 17.27         | 5.35  | 294.6          | .64 |
|                           | Evitación de problemas                              | 19.95         | 4.85  | 323.54         | 18.88         | 4.98  | 283.2          | .00 |
|                           | Expresión emocional                                 | 13.49         | 4.15  | 295.96         | 13.50         | 4.53  | 297.5          | .91 |
|                           | Autocrítica   | 11.72         | 4.00  | 294.7          | 11.87         | 4.04  | 298.1          | .82 |
|                           | Estrategias centradas en el estancamiento           | 53.27         | 10.21 | 285.5          | 54.39         | 8.56  | 302.9          | .24 |
|                           | Estrategias de afrontamiento centradas en el cambio | 62.47         | 12.53 | 314.9          | 60.46         | 13.19 | 287.7          | .06 |
|                           | Puntuación total                                    | 119.57        | 18.80 | 306.0          | 118.57        | 17.79 | 292.3          | .35 |
| Depresión                 | Depresión   | 9.26          | 8.55  | 248.22         | 13.72         | 10.83 | 322.20         | .00 |
| Desesperanza              | Autoconcepto negativo                               | 19.59         | 7.23  | 276.6          | 20.99         | 7.66  | 307.5          | .03 |
|                           | Expectativas negativas                              | 13.82         | 5.18  | 294.6          | 13.96         | 5.30  | 298.2          | .81 |
|                           | Puntuación total                                    | 33.42         | 9.63  | 279.9          | 34.95         | 10.19 | 305.7          | .08 |
| Impulsividad              | Impulsividad  | 45.83         | 8.19  | 312.5          | 44.62         | 7.24  | 288.9          | .11 |
| Razones de vida           | Alianza familiar                                    | 28.64         | 6.52  | 290.4          | 28.53         | 7.18  | 300.4          | .49 |
|                           | Optimismo futuro                                    | 30.57         | 5.46  | 293.0          | 30.80         | 5.05  | 299.0          | .68 |
|                           | Autoaceptación                                      | 25.46         | 5.29  | 310.4          | 24.58         | 6.16  | 290.0          | .16 |
|                           | Preocupaciones relacionadas al suicidio             | 22.74         | 7.53  | 311.1          | 21.99         | 7.39  | 289.6          | .16 |
|                           | Aceptación y soporte de pares                       | 23.07         | 5.27  | 287.0          | 23.32         | 5.73  | 302.1          | .30 |
|                           | Puntuación Total                                    | 130.50        | 24.22 | 300.9          | 129.24        | 25.01 | 294.9          | .69 |

Fuente: elaboración propia.

Para identificar si existían correlaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones y variables de estudio (ver Tabla 4) se realizó un análisis de correlación de Spearman. De acuerdo con los resultados tanto en la puntuación total como en sus dimensiones, se encontraron correlaciones positivas estadísticamente significativas que indican que a mayor riesgo suicida mayor presencia de estrés cotidiano familiar, depresión, desesperanza e impulsividad y mientras que a menor riesgo suicida es mayor la, autoestima y las razones de vida.

En cuanto a las dimensiones de la escala de afrontamiento, se hallaron relaciones positivas estadísticamente significativas entre riesgo suicida, con autocrítica, pensamiento desiderativo y estrategias centradas en el estancamiento, y está negativamente asociado con resolución de problemas, evitación de problemas, expresión emocional y estrategias centradas en el cambio.

Tabla 4. Resultados de la Correlación de Spearman entre las variables y sus dimensiones (N=593)

|    | 1      | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      | 7      | 8      | 9      | 10     | 11     | 12     | 13    | 14     | 15     | 16     | 17    | 18     | 19     | 20    | 21     | 22    | 23  | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |  |  |  |
|----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|-------|--------|-------|-----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|
| 1  | 1      |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |       |        |       |     |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 2  | .25**  | 1      |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |       |        |       |     |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 3  | .21**  | .45**  | 1      |        |        |        |        |        |        |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |       |        |       |     |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 4  | .17**  | .45**  | .39**  | 1      |        |        |        |        |        |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |       |        |       |     |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 5  | .25**  | .78**  | .68**  | .84**  | 1      |        |        |        |        |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |       |        |       |     |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 6  | -.58** | -.27** | -.23** | -.21** | -.28** | 1      |        |        |        |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |       |        |       |     |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 7  | -.44** | -.25** | -.32** | -.23** | -.31** | .57**  | 1      |        |        |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |       |        |       |     |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 8  | -.32** | -.21** | -.19** | -.19** | -.24** | .57**  | .43**  | 1      |        |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |       |        |       |     |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 9  | -.51** | -.23** | -.23** | -.17** | -.25** | .74**  | .59**  | .58**  | 1      |        |        |        |       |        |        |        |       |        |        |       |        |       |     |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 10 | -.57** | -.29** | -.28** | -.25** | -.32** | .90**  | .73**  | .76**  | .86**  | 1      |        |        |       |        |        |        |       |        |        |       |        |       |     |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 11 | -.27** | -.17** | -.18** | -.14** | -.19** | .43**  | .42**  | .43**  | .47**  | .52**  | 1      |        |       |        |        |        |       |        |        |       |        |       |     |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 12 | .41**  | .22**  | .19**  | .20**  | .25**  | -.44** | -.31** | -.28** | -.41** | -.44** | -.07   | 1      |       |        |        |        |       |        |        |       |        |       |     |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 13 | .24**  | .06    | .02    | .08*   | .08*   | -.21** | -.06   | -.10** | -.18** | -.18** | .09*   | .41**  | 1     |        |        |        |       |        |        |       |        |       |     |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 14 | -.34** | -.14** | -.12** | -.11** | -.14** | .39**  | .46**  | .33**  | .41**  | .45**  | .49**  | -.09*  | .04   | 1      |        |        |       |        |        |       |        |       |     |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 15 | -.22** | -.05   | -.04   | -.03   | -.04   | .27**  | .25**  | .22**  | .35**  | .32**  | .43**  | -.15** | .01   | .33**  | 1      |        |       |        |        |       |        |       |     |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 16 | -.23** | -.10*  | -.10*  | -.04   | -.08*  | .30**  | .33**  | .31**  | .34**  | .37**  | .48**  | -.03   | .17** | .54**  | .28**  | 1      |       |        |        |       |        |       |     |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 17 | .21**  | .10*   | .07    | .11**  | .13**  | -.18** | -.04   | -.07   | -.11** | -.13** | .25**  | .59**  | .78** | .14**  | .45**  | .23**  | 1     |        |        |       |        |       |     |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 18 | -.35** | -.18** | -.17** | -.13** | -.18** | .46**  | .51**  | .44**  | .50**  | .56**  | .81**  | -.09*  | .11** | .83**  | .42**  | .79**  | .24** | 1      |        |       |        |       |     |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 19 | .67**  | .27**  | .20**  | .21**  | .28**  | -.62** | -.46** | -.43** | -.59** | -.63** | -.38** | .44**  | .26** | -.39** | -.37** | -.26** | .15** | -.43** | -.27** | 1     |        |       |     |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 20 | .06    | .03    | .03    | .12**  | .08*   | -.16** | -.14** | -.22** | -.10** | -.19** | -.14** | -.00   | -.04  | -.14** | -.03   | -.08*  | -.04  | -.15** | -.13** | .10*  | 1      |       |     |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 21 | .44**  | .22**  | .17**  | .18**  | .24**  | -.52** | -.37** | -.37** | -.44** | -.51** | -.32** | .38**  | .14** | -.30** | -.21** | -.22** | .15** | -.35** | -.21** | .50** | .26**  | 1     |     |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 22 | .25**  | .11**  | .08*   | .17**  | .16**  | -.36** | -.26** | -.33** | -.26** | -.37** | -.24** | .18**  | .04   | -.24** | -.12** | -.15** | .04   | -.26** | -.18** | .30** | .87**  | .62** | 1   |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 23 | .35**  | .10*   | .15**  | .10*   | .12**  | -.20** | -.16** | -.12** | -.15** | -.19** | -.07   | .25**  | .13** | -.10** | -.02   | -.05   | .15** | -.10** | -.01   | .30** | -.11** | .23** | .03 | 1  |    |    |    |    |    |    |  |  |  |

|    |        |        |        |        |        |        |       |       |       |       |       |        |        |       |       |       |      |       |       |        |        |        |        |        |       |       |       |       |       |   |
|----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|-------|-------|-------|------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|---|
| 24 | -.44** | -.27** | -.34** | -.22** | -.32** | .49**  | .70** | .38** | .49** | .59** | .39** | -.30** | -.03   | .51** | .31** | .39** | .01  | .53** | .43** | -.45** | -.12** | -.38** | -.26** | -.13** | 1     |       |       |       |       |   |
| 25 | -.37** | -.21** | -.22** | -.15** | -.23** | .47**  | .49** | .46** | .49** | .56** | .41** | -.31** | -.06   | .37** | .33** | .28** | -.01 | .44** | .34** | -.43** | -.27** | -.47** | -.40** | -.09*  | .64** | 1     |       |       |       |   |
| 26 | -.52** | -.20** | -.22** | -.17** | -.23** | .61**  | .52** | .46** | .71** | .68** | .45** | -.36** | -.13** | .41** | .36** | .28** | -.06 | .47** | .35** | -.56** | -.18** | -.48** | -.35** | -.13** | .61** | .67** | 1     |       |       |   |
| 27 | -.32** | -.05   | -.09*  | -.08*  | -.10*  | .312** | .32** | .16** | .29** | .31** | .24** | -.15** | -.00   | .30** | .18** | .27** | .02  | .33** | .28** | -.30** | -.21** | -.23** | -.27** | .01    | .43** | .38** | .42** | 1     |       |   |
| 28 | -.35** | -.14** | -.16** | -.17** | -.20** | .397** | .41** | .36** | .41** | .46** | .30** | -.21** | -.03   | .52** | .25** | .34** | .02  | .47** | .38** | -.37** | -.22** | -.35** | -.33** | -.07   | .57** | .56** | .55** | .37** | 1     |   |
| 29 | -.50** | -.21** | -.24** | -.19** | -.26** | .554** | .60** | .43** | .57** | .63** | .44** | -.30** | -.06   | .53** | .35** | .40** | .00  | .57** | .45** | -.52** | -.25** | -.44** | -.38** | -.08*  | .80** | .74** | .77** | .74** | .76** | 1 |

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas). \*\*. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

1.Riesgo, 2. Dificultades padre, 3. Dificultades madre, 4. Problemas papás, 5. Estrés cotidiano familiar (puntuación total), 6. Fracaso y afectivo-emocional, 7. Familia, 8. Trabajo intelectual y éxito, 9. Yo, 10. Autoestima (puntuación total), 11. Resolución de problemas, 12. Autocrítica, 13. Pensamiento desiderativo, 14. Apoyo social, Evitación de problemas, Autocrítica, 15, Evitación de problemas, 16. Expresión emocional, 17. Estrategias centradas en el estancamiento, 18. Estrategias centradas en el cambio, 19. Depresión, 20. Autoconcepto negativo, 21. Expectativas negativas, 22. Desesperanza (puntuación total), 23. Impulsividad, 24. Alianza familiar, 25. Optimismo futuro, 26. Autoaceptación, 27. Preocupaciones relacionadas con el suicidio, 28. Autoaceptación y soporte de pares, 29. Razones para vivir (puntuación total).

Considerando los resultados tanto de la U de Mat Withney y la correlación de Spearman, se pudieron comprobar las hipótesis alternas de la fase del estudio 2.

Ahora bien, respecto a la fase 3, en virtud de que no fue posible mantener su composición original, fue necesario realizar ajustes al modelo inicialmente hipotetizado, de tal suerte que, la variable estrés cotidiano familiar solo incluyó tres dimensiones en lugar de seis, la variable autoestima contó con cuatro dimensiones de las seis originales y la variable desesperanza con dos. Así, una vez realizados los ajustes en el modelo propuesto, se procedió a someter el modelo a prueba a través de la técnica de ecuaciones estructurales.

En la tabla 5 se muestran los índices de ajuste del modelo inicial y de los modelos reespecificados (ver figura 1), no obstante, y a pesar de ésta técnica, no se logró conseguir los indicadores óptimos de ajuste ni de parsimonia; esto llevo a la decisión de hacer una selección de aquellas variables que tuvieran una mayor probabilidad de predecir el riesgo suicida mediante un análisis de regresión por pasos.

Tabla 5. Resultados de del modelo hipotetizado de predicción de riesgo suicida en adolescentes (N=593).

|       | CMI<br>N    | GL  | CMI<br>N/G<br>L | P   | GFI | AGF<br>I | PGFI | NFI | RFI | IFI | TLI | CFI | RMS<br>EA | LO9<br>0 | HI90 | PCL<br>OSE |
|-------|-------------|-----|-----------------|-----|-----|----------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|----------|------|------------|
| Gral. | 3479.<br>28 | 117 | 29.73           | .00 | .44 | .35      | .38  | .27 | .25 | .27 | .25 | .27 | .22       | .24      | .22  | .00        |
| A1    | 2939.<br>76 | 116 | 25.34           | .00 | .52 | .44      | .44  | .38 | .36 | .39 | .37 | .39 | .20       | .19      | .20  | .00        |

NOTA: CMIN/DF:  $X^2/gf=chi^2$  entre grados de libertad; GFI: Índice de Bondad de Ajuste; AGFI: Índice de Bondad de Ajuste Corregido; NCP: Parámetro de no centralidad; RMSEA: Raíz del Residuo Cuadrático Promedio; PCLOSE= Ajust estrecho; CFI: Índice de Ajuste Comparativo; NFI: Índice de Ajuste Normalizado; PCFI: Índice de Ajuste Comparativo de Parsimonia; PGFI: Índice de Bondad de Ajuste de Parsimonia; PNFI: Índice de Ajuste Normado de Parsimonia.

Fuente: elaboración propia.

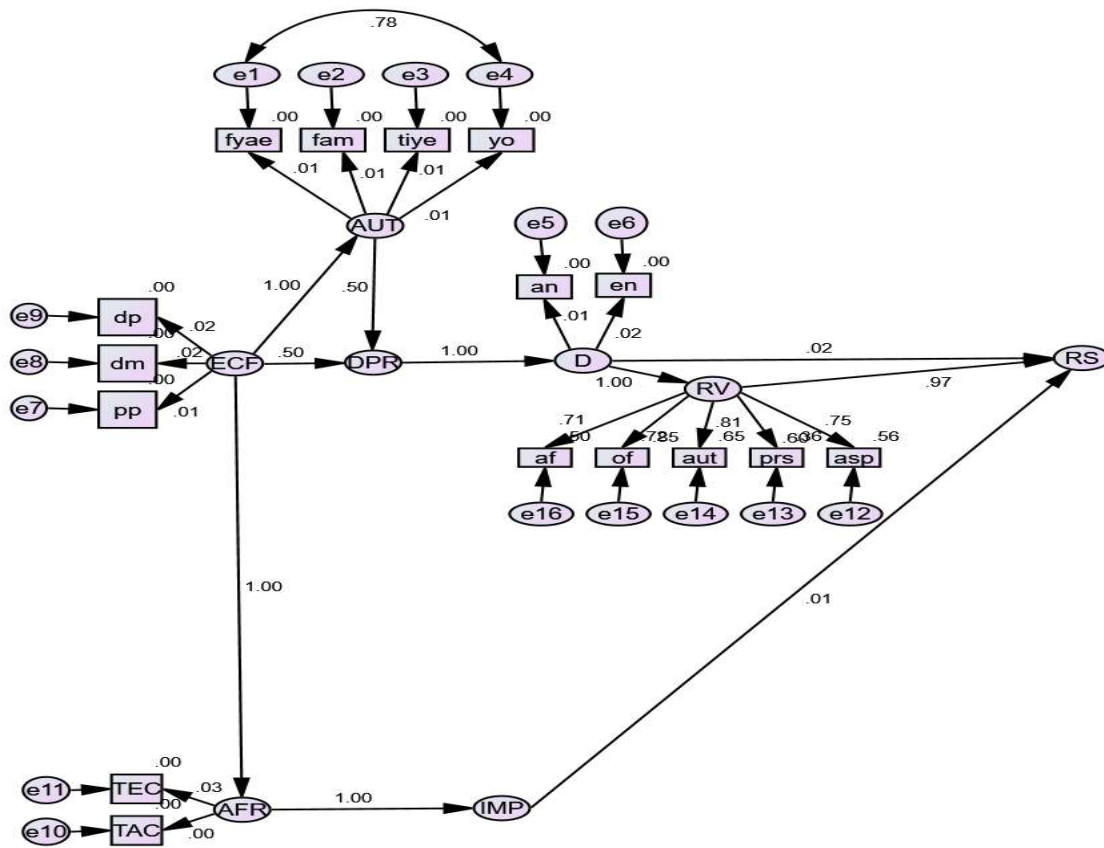


Figura 1. Modelo hipotético de predicción de riesgo suicida en adolescentes.  
Fuente: elaboración propia.

Derivado de lo anterior, a fin de seleccionar aquellas variables que mejor pueden predecir el riesgo suicida, se realizó un análisis de regresión por pasos considerando la puntuación total de cada una de las variables y en el caso de afrontamiento la puntuación de la escala terciaria, compuesta por: estrategias de afrontamiento centradas en el estancamiento y estrategias centradas en el cambio. Así, el modelo obtenido (ver tabla 6, figura 2), indica que, las variables: depresión, razones de vida, impulsividad, estrategias centradas en el estancamiento y la autoestima predicen el riesgo suicida en un 56%. Por lo antes expuesto, se puede decir que respecto a la fase tres, se comprobó la hipótesis nula<sub>1</sub>, es decir, las variables estrés cotidiano familiar, autoestima, depresión, afrontamiento, desesperanza, razones de vida e impulsividad en conjunto no predicen el Riesgo Suicida en adolescentes entre 15 y 20 años de edad.

Tabla 6. Análisis de regresión lineal.

|  | Beta | Beta estandarizado | t     | Sig. |
|--|------|--------------------|-------|------|
| Depresión  | .12  | .43                | 10.31 | .00  |
| Razones de Vida  | -.02 | -.21               | -5.29 | .00  |
| Impulsividad   | .04  | .12                | 4.29  | .00  |
| Estrategias de afrontamiento centradas en el estancamiento | .03  | .11                | 3.96  | .00  |
| Autoestima   | -.02 | -.11               | -2.54 | .01  |

R= .75, R<sup>2</sup>= .56 (n=593, p<.005).

Fuente: elaboración propia.

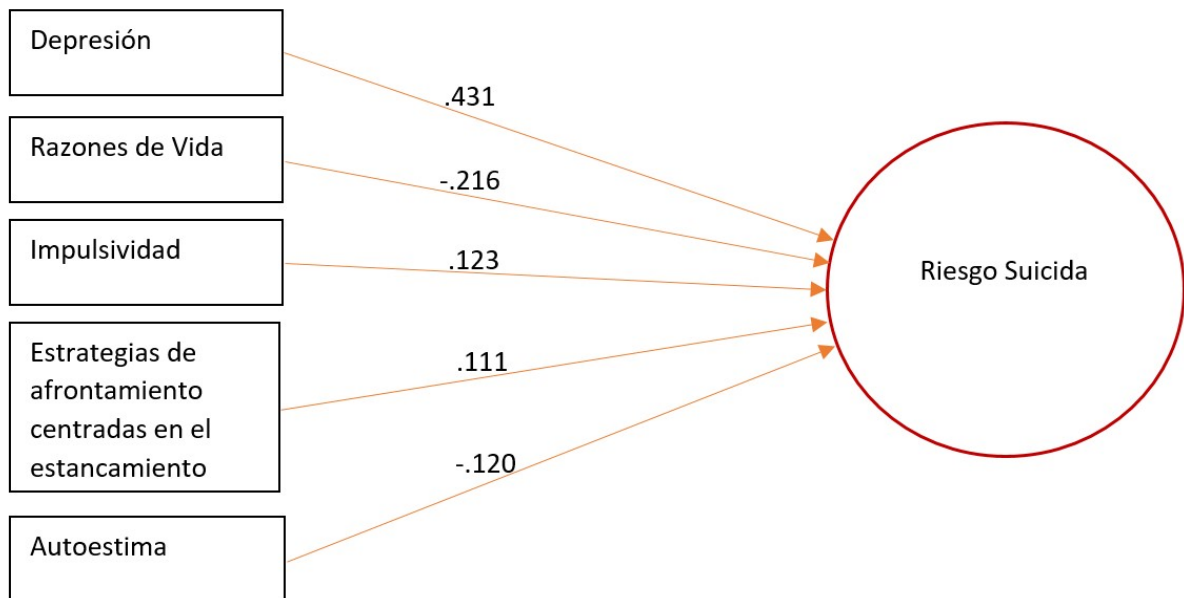


Figura 2. Análisis de regresión lineal (N=593).

R=.753, R<sup>2</sup>=.567, R ajustada= .563, Significación=.000.

Fuente: elaboración propia.

Considerando aquellas variables con mayor probabilidad de predicción del riesgo suicida de acuerdo al análisis de regresión múltiple se realizó un ajuste al modelo hipotetizado. El ajuste consideró las variables: depresión, razones de vida, impulsividad, estrategias de afrontamiento centradas en el estancamiento y autoestima (ver figura 3, tabla 7), sin embargo, no se obtuvieron los índices de parsimonia ni de ajuste óptimos.

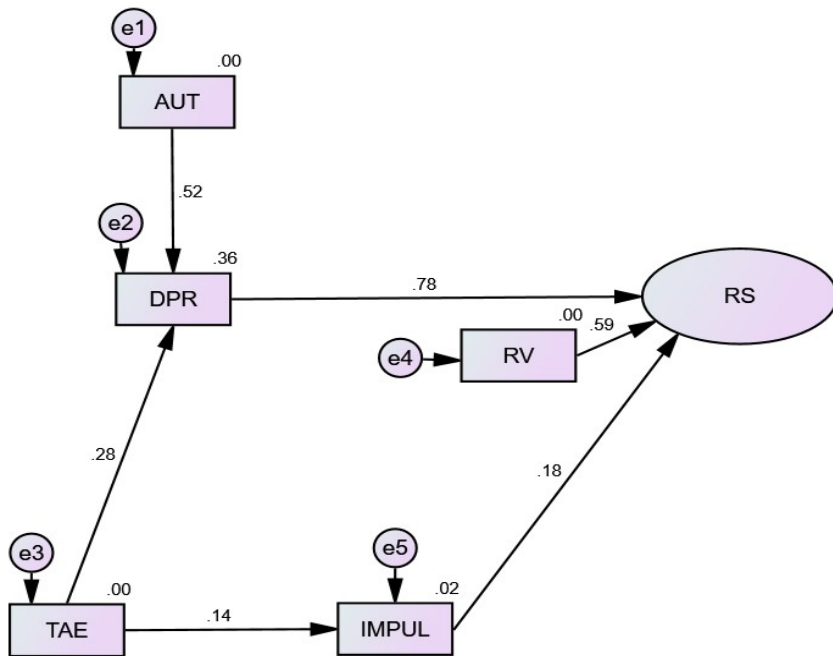


Figura 3. Modelo hipotético ajustado 1 de predicción de riesgo suicida en adolescentes.  
 AUT. =Autoestima; DPR. =Depresión, TAE= Estrategias centradas en el estancamiento, IMPUL.  
 =Impulsividad, RV. =Razones de vida y RS=Riesgo suicida.  
 Fuente: elaboración propia.

Tabla 7. Resultados de del modelo hipotetizado ajustado 2 de predicción de riesgo suicida en adolescentes (N=593).

|       | CMIN    | GL | CMIN/GL | P   | GFI | AGFI | PGFI | NFI  | RFI  | IFI  | TLI  | CFI | RMSEA | LO90 | HI90 | PCLOSE |
|-------|---------|----|---------|-----|-----|------|------|------|------|------|------|-----|-------|------|------|--------|
| Gral. | 2092.04 | 9  | 232.45  | .00 | .54 | .24  | .32  | -    | -    | -    | -    | .00 | .62   | .60  | .64  | .00    |
|       |         |    |         |     |     |      |      | 1.06 | 1.29 | 1.07 | 1.30 |     |       |      |      |        |

NOTA: CMIN/DF:  $X^2/gf=chi^2$  entre grados de libertad; GFI: Índice de Bondad de Ajuste; AGFI: Índice de Bondad de Ajuste Corregido; NCP: Parámetro de no centralidad; RMSEA: Raíz del Residuo Cuadrático Promedio; PCLOSE= Ajust estrecho; CFI: Índice de Ajuste Comparativo; NFI: Índice de Ajuste Normalizado; PCFI: Índice de Ajuste Comparativo de Parsimonia; PGFI: Índice de Bondad de Ajuste de Parsimonia; PNFI: Índice de Ajuste Normado de Parsimonia.  
 Fuente: elaboración propia.

## 9. Discusión.

El fenómeno del suicidio es complejo y multifactorial, desde el punto de vista de la psicología se considera la existencia de factores protectores y de riesgo que en su interacción, contribuyen o minimizan el riesgo a que una persona considere quitarse la propia vida; por lo que a la luz de las consecuencias del suicidio tanto en el individuo como para la salud pública se planteó un modelo hipotetizado de riesgo suicida en adolescentes, con el objetivo de someterlo a prueba para ver su nivel de predictibilidad. Para cumplir con el objetivo, fue necesario dividir el estudio en 3 fases. La primera fase consistió en la validación de la escala de razones para vivir, dicho instrumento mostró indicadores adecuados de confiabilidad y validez para población no clínica adolescente, además se encontró la misma estructura factorial que en su versión original, aunque se presentaron en distinto orden los factores 4 y 5.

El primer factor fue optimismo al futuro, ello indica que la principal razón para vivir en los adolescentes es saber que las cosas pueden mejorar, es decir, consideran que las cosas van a cambiar y por consiguiente pese a las dificultades que puedan vivenciar saben que no siempre será así. Además, esta posición optimista, les permite tener una visión más realista y consecuentemente una tendencia a la búsqueda de soluciones (González-Arratia & Valdez-Medina, 2012). El segundo factor obtenido fue de las preocupaciones relacionadas con el suicidio, por lo que, la preocupación en torno al sufrimiento que causará el acto de quitarse la vida sobre sí mismos y los demás, así como las consecuencias, circunstancias y la acción en sí misma hace manifiesta una incertidumbre sobre la muerte (Hernández & Valdez-Medina, 2001), y ante ella, los individuos se decantan por no querer suicidarse.

Así mismo, otro factor que contribuye a continuar con la vida, es la alianza familiar, pues para los adolescentes los vínculos familiares resultan imprescindibles; además es un lugar donde se espera haya seguridad y cobijo físico y emocional. En tanto, en el cuarto lugar se encontró a diferencia de la escala original la autoaceptación, lo que implica que para la población objetivo, es más importante la propia valoración que tienen de sí mismos que la aceptación y soporte de pares (factor ubicado en la quinta posición), aunque ello no quiere decir que no lo consideren como importante, pues la aceptación de un grupo de pertenencia es primario para el adolescente (Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004), pero si es la última razón que considerarían para no intentar quitarse la vida. Por consiguiente, como se puede ver, el instrumento en sí mismo

proporciona elementos útiles, en relación con el suicidio y para valorar aquellas áreas de oportunidad que pueden tener los adolescentes para seguir viviendo, pues, aunque cada individuo tiene una propia escala de valor sobre aquello que le permite sujetarse a la vida, es posible fomentar su búsqueda y sostener su valor para que contribuya al desarrollo de los individuos.

En cuanto a los indicadores de validez de los otros instrumentos, en términos generales se encontraron valores aceptables. No obstante, dadas las adecuaciones de los instrumentos para su aplicación, es decir, la modificación de instrucciones de aplicación, el ingresar o disminuir opciones de respuesta y dividir o eliminar algunos ítems, se vio ligeramente afectada la estructura subyacente del AFE Y AFC y consecuentemente en sus indicadores de validez y confiabilidad. Por lo tanto, se sugiere reconsiderar la necesidad de realizar un pilotaje en la población objetivo con los instrumentos originales y los adaptados a fin de identificar cuál de estos posee mejores indicadores de medición en los adolescentes mexicanos. Si bien, esto se hizo, es indispensable continuar analizando ésta posible fuente de sesgo.

Así mismo, se considera pertinente realizar con una validación convergente y divergente de los instrumentos utilizados a fin de agrupar mayor evidencia empírica para su uso en nuestro contexto. Si bien la existencia, adecuación y en algunos casos, la validación de instrumentos de contextos socioculturales distintos al de la población mexicana ha permitido la evaluación de distintos constructos, se recomienda generar medidas a partir de nuestro propio contexto con la finalidad de contar con instrumentos sensibles y culturalmente relevantes.

En lo que se refiere a los datos descriptivos de cada variable, se encontraron bajas puntuaciones en estrés cotidiano familiar, desesperanza, depresión y riesgo suicida y puntuaciones altas en las variables autoestima, afrontamiento, impulsividad y razones para vivir, estos resultados se esperaban dado que, si bien en la adolescencia es altamente probable que existan múltiples sucesos que potencialicen tensiones familiares que generen estrés y dificulten la convivencia familiar (Valadez, Amezcua, Cerda & González, 2004), parece haber una dinámica interna estabilizadora en la familia por lo que los estresores cotidianos más que ser un obstáculo en el desarrollo, se apuntalan como una vía de crecimiento.

De manera paralela, un indicador a considerar es la presencia de sintomatología depresiva, ya que, si bien no se encontró un porcentaje alto de participantes con sintomatología depresiva, su presencia requiere atención, pues es uno de los trastornos asociados en mayor medida y

frecuencia al suicidio (Bedoya & Montaña, 2016), además, puede implicar la comorbilidad de otros trastornos o en su defecto propiciar los mismos u otras dificultades. Por lo cual, se sugiere un mayor análisis, exploración y diagnóstico diferencial de la depresión.

En cuanto a las diferencias por sexo, en lo referente a la variable estrés cotidiano familiar las mujeres indican una mayor dificultad en torno a la figura materna, en contraparte, los hombres perciben la presencia de mayores situaciones de estrés derivadas de conflictos en la familia con ambas figuras paterna, es decir tanto por dificultades con la madre, el padre y prohibiciones paternas; lo anterior, lo cual pudiera deberse a los cambios que atraviesan los adolescentes así como el establecimiento de límites y normas de conducta tanto dentro como fuera del hogar, dificultades en torno a la comunicación, inflexibilidad familiar, la realización de tareas domésticas, conductas de riesgo así como personalidad de los adolescentes (Pérez Ramos & Aguilar Villalobos, 2009; Rodrigo, García, Máiquez & Triana, 2005).

No obstante, a pesar de las diferencias antes mencionadas, tanto hombres como mujeres tienen dificultad en torno a la variable de estrés cotidiano familiar, esto cobra sentido porque es durante la adolescencia cuando se generan nuevas contradicciones internas en la familia que generan tensión en la familia (Herrera Santi, 2008), dependiendo de la forma de comunicación familiar y la percepción de cada miembro de la familia respecto a sus propias demandas como de las y de los otros miembros familiares (Jones, 2008).

Además, un aspecto notable, es que los varones manifiestan una mayor autoestima respecto a las mujeres, es decir los varones reflejan una mayor confianza en sí mismos por consiguiente tienen una mejor adaptación ante los cambios al conocer de sus propias capacidades, aptitudes y recursos, esto coincide con otros estudios tanto en adolescentes como en otros grupos etarios (Schoeps, Tamarit, González & Montoya-Castilla, 2019; Soria, Santiago, Mayen & Lara, 2018; Bleidorn, *et al.*, 2016).

En tanto, respecto al afrontamiento, las mujeres obtuvieron mayor puntuación en el pensamiento desiderativo, es decir manifiestan un mayor pensamiento orientado a la fantasía, lo cual coincide con Mirkovic (2015) quien encontró que las mujeres tendían a hacer mayor uso de la ilusión que los hombres. En contraparte, los varones, tienden a priorizar la evitación de problemas y la búsqueda de soluciones, es decir se enfocan en estrategias centradas en el cambio; esto sigue la línea de estudios en los cuales se ha encontrado que los hombres ante situaciones adversas afrontan las mismas de forma evitativa (Di-Collorendo, Aparicio &

Moreno, 2007) y de hombres adolescentes en los que se apuntan que una medida de afrontamiento se enfoca en la distracción, ignorar el problema o reservarlo para ellos mismos (Martín, Lucas & Pulido, 2011).

En cuanto a la depresión, los resultados coinciden con otras investigaciones realizadas en las cuales las mujeres presentan una mayor puntuación que los hombres, tal como, las realizadas por Ruíz, Jiménez, García, Flores & Trejo (2000), Márquez-Caraveo & Pérez-Barrón, 2018; Benjet, *et. Al.* (2009), por lo que es necesario profundizar en las implicaciones que tiene esto, tanto en su diagnóstico e intervención como en su asociación con otras variables.

Además, las mujeres manifestaron un mayor autoconcepto negativo (dimensión de la variable desesperanza) y depresión que los hombres. Al respecto cabe recordar que el autoconcepto es la imagen que cada persona tiene de sí misma, producto de sus experiencias e interpretaciones (Guido García, Mujica Sarmiento & Gutierrez Martínez, 2011), cuando este es negativo, se manifiesta una autovaloración negativa, la cual continúa en un futuro (Córdoba, *et. Al.*, 2005), por tanto, es posible que esto se deba a que manifiestan una menor autoestima tal como se presentó en estos resultados, no obstante, es un tópico en el cual valdría profundizar para obtener información más certera.

Así, las diferencias entre hombres y mujeres, indican la necesidad de considerar un enfoque de género para tratar de dar respuesta al por qué de estas diferencias, pues es justamente a partir de la construcción de la identidad de género y la construcción de una identidad a partir de estereotipos de naturaleza sexista, se reproducen patrones específicos sobre lo que puede o no hacer un hombre o una mujer tanto en la búsqueda de soluciones y de apoyo como la forma bajo la cual se auto perciben (Zorregueta, 2010).

En el caso de la fase 2, que corresponden a las asociaciones entre las variables, estas resultaron ser de acuerdo a lo esperado, pues en otros estudios también se ha asociado el estrés cotidiano familiar (Buendía, *et al.*, 2004; González-Forteza, *et al.*, 1997), la depresión (Hermosillo-de la Torre, *et al.*, 2015; Mojica, *et al.*, 2009), la desesperanza (García-Alandete, Gallego-Pérez & Pérez Delgado, 2019; Sánchez Teruel, *et al.*, 2014) y la impulsividad (Gómez, Nuñez, Agudelo & Grisales, 2020), como variables que asociadas al riesgo suicida y/o factores constantemente asociados al suicidio.

En este sentido, es importante señalar que la variable depresión mostró una asociación moderada con el riesgo suicida y tal como se mencionó previamente, es una de las variables que

ha sido ampliamente documentada como un factor de riesgo ante la conducta suicida así como con otros trastornos; su potencial de riesgo inicia cuando estrecha la visión del entorno y distorsiona la realidad lo cual hace que las personas se fijen sólo en lo negativo (González-Abarca, *et al.*, 2014) por lo que incrementa la percepción de una carencia de habilidades para salir adelante a las situaciones adversas, por lo que se comienza a estructurar el planteamiento de ver la muerte como una opción viable, que en conjunto con otros factores de riesgo y desencadenantes conlleva a la persona a atentar contra su vida.

Ahora bien, dentro de los factores que se asociaron negativamente, es decir, que su presencia puede contribuir a la disminución del riesgo suicida fueron: la autoestima, y las estrategias centradas en el cambio, por lo que, aquellas personas que se enfocan en resolver los problemas a través de distintas alternativas como: la búsqueda de un apoyo social y posibilitando la expresión de sus propias emociones, tienen menor riesgo suicida así como aquellos que son sabedores de sus propias capacidades, habilidades, limitaciones y que se aceptan con todo lo positivo y sus áreas de oportunidad (Seo, *et al.*, 2017; Corona Miranda, *et al.*, 2016; Mirkovic, *et al.*, 2015). Por consiguiente, se hace necesario el fomento de estrategias más adaptativas y funcionales frente a los diferentes problemas o situaciones adversas a fin de contribuir al desarrollo de un mayor bienestar y ajuste psicológico (Contini, Coronel, Levin & Estevez, 2003).

Respecto al modelo hipotetizado de riesgo suicida, se analizó a través del SEM, este modelo no pudo ser comprobado; esto se puede deberse a distintas razones. En el aspecto teórico, se puede decir que, si bien las variables incluidas se encuentran teórica y empíricamente relacionadas, dado que cada variable influye en un grado y dirección distinta tanto en el riesgo suicida como en las variables de estudio, es viable que exista más de una forma posible en la que se puede plantear la estructura de un modelo hipotetizado explicativo de riesgo suicida con las variables de este estudio. En este sentido, se estimaría para estudios posteriores la posibilidad de replantear la hipótesis bajo la cual se estructuró el modelo propuesto.

Otra posible razón, es que no se cumplieron los criterios de normalidad en la muestra, sin embargo, es necesario acotar al respecto algunos aspectos, en primer lugar no se debe olvidar que en las ciencias sociales no siempre es posible cumplir con este supuesto (Ordaz-Baz, 2008), además de ser improbable en la medición psicométrica (Micceri, 1989) por lo que resulta poco

realista encontrar una distribución normal en constructos psicológicos usados en investigación de la salud (Domínguez-Lara, 2018). Sin embargo, es un aspecto importante a considerar.

En este caso, dado que, la normalidad de los datos implicaría que la mayoría de los participantes tuvieran riesgo suicida no es viable que suceda en una muestra no clínica ya que se espera que este fenómeno sea más bien atípico, en consecuencia, se sugiere probar el modelo en una muestra clínica, así como plantear modelos enfocados en un no riesgo suicida en población comunitaria.

Ahora bien, también es importante señalar que, el incumplir con la normalidad de los datos, no significa que no sea posible realizar análisis de los datos a través de pruebas estadísticas, pues para ello, se encuentran las pruebas no paramétricas, mismas que fueron utilizadas en la fase 2; así mismo, en los SEM, en el método de mínimos cuadrados generalizados, aun cuando exista este incumplimiento no afecta su capacidad para estimar sin sesgo los indicadores del modelo (Lara, 2014). Por lo cual, los resultados obtenidos resultan ser una aproximación y una posibilidad en la explicación del constructo de riesgo suicida en población adolescente no clínica.

A pesar de lo anterior, fue posible plantear un modelo del riesgo suicida en los adolescentes a través del análisis de regresión múltiple, en el cual se encontró que: a mayor depresión, menores razones de vida, mayor impulsividad, menor autoestima y mayor uso de estrategias de afrontamiento en el estancamiento predicen el riesgo suicida. Al respecto es notable que la variable que tuvo mayor peso dentro de este resultado fue la depresión pues aportó el 43.1% del total de la varianza explicada, lo cual marca una consistencia con los datos obtenidos en la fase anterior y la literatura revisada.

Al respecto, cabe considerar que la depresión, es considerado como un problema de salud pública (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García-Peña & Gallo, 2012), la cual se ha asociado a múltiples causas como, esquemas disfuncionales (Alba & Calvete, 2019), desesperanza (Hermosillo-de la Torre, *et. Al.*, 2015), trastornos de ansiedad (Berenzon, Lara, Robles & Medinta-Mora, 2013) e incluso factores genéticos (Ormel, Hartman & Snieder, 2019); además, se sabe que su efecto puede ser mediado por otros trastornos mentales y/o efectos sociales (Yoshimsu, *et al.*, 2008) y es considerada, como uno de los factores de riesgo asociados con mayor frecuencia al suicidio, ya que, el malestar psicológico causado por la depresión se va

complejizando hasta un punto en el que desencadena el intento y/o consumación del suicidio (Beck, *et al.*, 2010).

Por consiguiente, se reitera la importancia del diagnóstico, prevención y tratamiento de la depresión en población adolescente, pues se ha encontrado que una vez manifiesta en la adolescencia, tendrá una mayor probabilidad de presentarse en la adultez con mayor intensidad (Pardo, *et. Al.*, 2004).

Ahora bien, la segunda variable que aportó en la explicación del riesgo suicida fue, las razones de vida, de tal suerte que, a menores razones para vivir mayor probabilidad de riesgo suicida; esto coincidió con otros estudios en donde se encontró la misma relación en estas variables (Linehan, *et al.*, 1983; Chatterjee, *et al.*, 2010). Por ello parece indispensable hacer notar a los jóvenes que, si bien las situaciones a veces pueden parecer sobrepasar los propios recursos, existen motivos para continuar la vida por lo que su búsqueda y establecimiento contribuye a que cognitiva y emocionalmente posibiliten la búsqueda de alternativas para la solución de sus dificultades.

En tanto, cabe resaltar a la impulsividad como parte de la explicación del riesgo suicida, ya que coincide con estudios previos en los cuales a mayor impulsividad mayor riesgo suicida (Eisner, 2010; Mann, *et al.*, 1999). Esto puede deberse tanto a cuestiones biológicas como a psicosociales. Por un lado, la corteza prefrontal es la encargada de regular la conducta y la toma de decisiones, su desarrollo culmina hasta los primeros años de la adultez temprana, es decir después de los 20 años, por lo que en esta etapa, las alteraciones hormonales, su proceso madurativo y la modificación de las redes de comunicación que conectan distintas regiones del cerebro, desequilibran los circuitos cerebrales, cognitivos y motivacionales propiciando una vulnerabilidad al desarrollo de una mayor impulsividad y conductas de riesgo (Guiedd, 2018; Oliva, 2012).

De manera paralela, cabe destacar que, si bien es cierto que, la presencia de sintomatología depresiva se asocia a una disminución en la energía y actividad de los individuos, de acuerdo al modelo neurobiológico de Cyders y Smith (2008), una persona puede actuar de manera impulsiva frente a un malestar, produciendo una serie de comportamientos que derivan en una falla en el autocontrol, a lo cual denomina urgencia negativa. Es decir, ante la presencia e incremento de sintomatología depresiva es probable que aumenten conductas de tipo impulsivo

en un intento de evadir el malestar. Hecho que pareciese tener sentido al manifestarse tanto la variable depresión como impulsividad en la explicación del riesgo suicida.

Ahora bien, tampoco se debe olvidar que, el adolescente se encuentra en una transición hacia el mundo adulto, por lo cual comienza el desarrollo de competencias emocionales y sociales así como el desarrollo del pensamiento abstracto, a fin de desarrollarse y relacionarse efectivamente con su entorno, durante este viaje, logrará dependiendo de su entorno y las experiencias, el desarrollo de habilidades adaptativas, establecimiento de límites, el control de impulsos, la capacidad de comprometerse y el desarrollo de una identidad (Gaete, 2015).

En conjunto con lo anterior, dentro del desarrollo de habilidades adaptativas se encuentran los esfuerzos cognitivos y conductuales de un individuo ante situaciones que sobrepasan sus recursos, es decir el afrontamiento (Folkman, *et al.*, 1986), por lo que, la presencia de estrategias centradas en el estancamiento como predictores del riesgo suicida implica que aquellos con este potencial de riesgo, hace uso de estrategias menos útiles o desadaptativas, lo cual coincide con estudios como el de Bahamón, *et. Al.*, 2019, Bazrafhan, *et al.* (2014) y de Sunnqvist, *et al.*, 2014, dónde aquellos que habían manifestado comportamiento suicida utilizaban estrategias poco favorables.

En consecuencia, es necesario el aprendizaje de otras estrategias como la reestructuración cognitiva, búsqueda de apoyo social, resolución de problemas y expresión emocional a fin contar con recursos más adaptativos y favorecedores de los cambios. Sin embargo, es necesario recordar que, ambos tipos de estrategias son en determinado caso necesarios pues, depende del suceso la adecuación de las estrategias a fin de tener una respuesta más favorable.

También, es notable la presencia la baja autoestima asociada al incremento del riesgo suicida. Al respecto, cabe mencionar que, la adolescencia es un periodo en el cual se desarrolla la autoestima, sin embargo, esto no sucede de manera lineal, más bien es un proceso con altibajos, esta fluctuación se ha asociado a las vivencias de los jóvenes en su cotidianidad (Rodríguez Naranjo & Caño González, 2012), lo anterior implica que aquellos individuos que se perciben con menor capacidad y una menor autovalía, tienen una mayor vulnerabilidad ante las dificultades lo que puede generar una serie de problemas de emocionales y de conducta (Schoeps, Tamarit, González & Montoya-Castilla, 2019; Rodríguez & Caño, 2012), pues no son conscientes de sus propias capacidades y recursos. Por ello, es indispensable el fomento de la autoestima con el objetivo de contribuir al bienestar, ajuste psicológico y adaptación social de

los adolescentes tanto en esta etapa como en su desarrollo a futuro (Díaz Falcón, Fuentes Suárez & Senra Pérez, 2018).

Por otra parte, es necesario mencionar algunas limitaciones del estudio y sus implicaciones. Primero, se debe tener en cuenta que los resultados se basan en datos auto informados, y dado que los factores de riesgo y protección cambian con el tiempo, es posible que las respuestas obtenidas estuvieran influenciadas por el estado anímico presente al momento de la evaluación, así como por influencia de la deseabilidad social; en consecuencia, podría existir una sub estimación o sobreestimación de las variables medidas. Al mismo, no se debe olvidar que el diseño de estudio es de tipo transversal, por lo que, no son datos que estimen causalidad como en los estudios longitudinales en donde se da un seguimiento más puntual a las variables medidas, en conjunto con otras formas de evaluación.

Además, respecto a los participantes y los datos no se obtuvo normalidad estadística, dado que la información proviene de una población no clínica, consecuentemente los datos no pueden ser generalizados. Y, si bien el tamaño de la muestra se realizó conforme a los criterios necesarios para realizar los análisis estadísticos, por su tamaño se puede subestimar o sobreestimar el impacto en las relaciones entre los elementos medidos. De ahí que, se recomienda valorar los índices de validez y confiabilidad de estos instrumentos en muestras más amplias, así como en población clínica y no clínica con distintas condiciones sociodemográficas.

Finalmente se sugiere la aplicación de los instrumentos utilizados en conjunto con otros que midan las mismas variables a fin de fortalecer sus indicadores de validez y confiabilidad para población adolescente mexicana y en el caso de la escala de riesgo suicida que además se contribuya a su sensibilidad y especificidad.

## **10. Conclusiones**

- Se contaron con instrumentos válidos y confiables para la valoración de cada constructo.
- El instrumento de razones para vivir RFL-A se considera adecuado para población adolescente mexicana.
- Los resultados contribuyen a la evidencia teórica de factores protectores y de riesgo ante el riesgo suicida.
- Se reitera a la depresión como un aspecto clave para el riesgo suicida y la salud mental del adolescente.
- Es importante el fomento y desarrollo de factores protectores ante el riesgo suicida como: las razones de vida, autoestima y afrontamiento centrado en el cambio.
- La hipótesis general se rechaza, por lo que el modelo hipotetizado de riesgo suicida no predice el riesgo suicida en adolescentes entre 15 y 19 años de edad.
- La depresión, bajas razones para vivir, la impulsividad, el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el estancamiento y la baja autoestima, predicen la manifestación de riesgo suicida en adolescentes.
- Se requiere se continúe analizando éstas variables y sus interacciones en otros modelos teóricos
- Estos resultados sugieren la necesidad de ser incluidas en programas de intervención en beneficio de la salud mental de los adolescentes.

## 11. Bibliohemerografía utilizada

- Abello, D., García-Montaño, E., García, P., Márquez-Jiménez, L., Niebles-Charris, J. & Pérez-Pedraza, D. (2016). Perfil cognitivo y prevalencia de depresión, desesperanza y Riesgo Suicida en jóvenes vinculados al primer nivel de formación en una escuela militar colombiana. *Psicología desde el Caribe, Universidad del Norte*, 33 (3), 299-311.
- Abramson, L. Y., Alloy, L., Metalsky, G., Joiner, T. & Sandín, B. 1997. Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), 211-222.
- Acevedo, G., Martínez, G. & Estario, J. (2007). *Manual de Salud Pública*. Córdoba: Grupo Editor.
- Alasaarela, L., Hakko, H., Riala, K. & Riipinen, P. (2017). Association of self-reported impulsivity to nonsuicidal Self-Injury, suicidality, and mortality in adolescent psychiatric inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205 (5), 340-345. doi: 10.1097/NMD.0000000000000655.
- Alba, J. & Calvete, E. (2019). Relaciones entre depresión, estrés y esquemas disfuncionales tempranos en adolescentes. *Psicología conductual*, 27 (2), 183-198.
- Alberqui, J., Taboada, O., Castro, C. & Ventosos, V. (2006). Depresión: Guías Clínicas. 6 (11). Disponible en : <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- Aldavero I. (2018). Neurobiología del suicidio. *Cuadernos del Tomás*, 10, 17-47.
- Andrade, J. A. & Gonzales, J. (2017). Relación entre riesgo suicida, autoestima, desesperanza y estilos de socialización parental en estudiantes de bachillerato. *Psicogente*, 20 (37),70-88. doi: 10.17081/psico.20.37.2419.
- Andrade, J. A., Bonilla, L. L. & Valencia, Z. M. (2010). Factores protectores de la ideación suicida en 50 mujeres del centro penitenciario: “Villa Cristina”. Armenia-Quindío (Colombia). *Orbis*, 6 (17), 6-32.
- Antón-San-Martín, J. M., Sánchez-Guerreo, E., Pérez-Costilla, L., Labajos-Manzanares, Ma. T., De-Diego-Otero, Y., Benitez-Pareja, B., Comino-Ballesteros, R., Perea-Milla, L., Ramos-Medina, V. & López-Calvo, A. (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicología. *Anales de Psicología*, 29 (3), 810-815. doi: 10.6018/analesps.29.3.175701.

- Amaya, A.C., Bruce, A., Herrán, D., Martín, A., Muñoz, K. & Abella, P. (2013). Variables associated with the risk of suicide in patients with chronic pain seen in a hospital outpatient clinical in Bogotá. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 41 (4): 267-272.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), 5ª Ed. Trad. Arango, C. (Coord.). Ed. Arlington, VA.: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Médica Mundial (1981). Declaración de Lisboa sobre los derechos del Paciente de 1981. Recuperada en: <http://coebioetica.salud-oaxaca.gob.mx/biblioteca/libros/ceboax-0133.pdf>
- Baca, E. & Fuensanta, A. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*, 37, 373-380.
- Bahamón, M. J., Uribe, J. I., Trejos, A.M., Alaracón, Y. & Reyes, L. (2019). Estilos de afrontamiento como predictores del riesgo suicida en estudiantes adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 36 (1). Disponible en : <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/9419>.
- Bailador, P., Viscardi, N. & Dajas, D. (1997). Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo. *Revista Médica Uruguay*, 13, 213-223.
- Barrionuevo, J. (2009). *Suicidio e Intentos de Suicidio*. Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Barzilay, S. & Apter, A. (2014). Psychological Models of suicide. *Archives of Suicide Research*, 18, 295-312. doi: 10.1080/12811118.2013.824825.
- Bazrafhan, M-R., Jahangir, F., Mansouri, A. & Kashfi, H. (2014). Coping strategies in people attempting suicide. *International Journal of High-Risk Behaviors & Addiction*. doi: 10.5812/ijhrba.16265.
- Beck, A. T, Rush, A.J., Shawn, B. F. & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (ed. 19). España: Desclé.
- Beck, A.T., Steer, R. A. & Gregory, K. B. (2006). BDI-II Inventario de depresión de Beck (2da. ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Beck, A., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). Assesment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. 47 (2), 343-253. *Journal of consulting and clinical psychology*.
- Bedoya, E.Y., Montaña, L.E. (2016). Suicidio y trastorno mental. *CES Psicología*. 9 (2), 179-201.

- Benjet, C., Borjes, G., Medina-Mora, M.E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 31, 155-163.
- Berenzon, S., Lara M., Robles, R. & Medina-Mora, M.E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública*, 55(1), 74-80.
- Bleidorn, W., Arslan, R. C., Denissen, J. J. A., Rentfrow, P. J., Gebauer, J. E., Potter, J., & Gosling, S. D. (2016). Age and gender differences in self-esteem - A cross-cultural window. *Journal of Personality and Social Psychology*, 111(3), 396-410. doi:10.1037/pspp0000078.
- Boeninger, D., Masyn, K., Feldman, B., & Conger., R. (2010). Sex differences in developmental trends of suicide ideation, plans, and attempts among European American adolescents. *Suicide and life-threatening behavior*, 40, 451-464.
- Borges, G., Orozco, R. & Medina Mora, M.E. (2012). Índice de riesgo para intento suicida en México. *Salud Mental*, 54 (6), 595-606.
- Botsis, A. J., Soldatos, C. R., Liossi, A., Kokkevi, A. & Stefanis, C. N. (1994). Suicide and violence risk. *Acta psychiatrica scandinavica*, 89, 92-96.
- Branden, N. (2010). *Cómo mejorar su autoestima*. Barcelona: Paidós.
- Branden, N. (2001). *La psicología de la Autoestima* (trad. Menezo, D). México: Paidós.
- Branden, N. (2000). *La autoestima día a día, reflexiones*. México: Paidós.
- Bravo-Andrade, H. R., López-Peñaloza, J., De la Roca-Chiapas, J. M. & Rodríguez, E. I. (2016). Relaciones intrafamiliares y riesgo suicida en adolescentes. *Uariacha, Revista de Psicología*, 13 (31).
- Buendía, J. & Mira, J. M. (1993). *Eventos vitales, afrontamiento y desarrollo un estudio sobre el estrés infantil*. España: Universidad de Murcia.
- Buendía, J., Riquelme, A. & Ruiz, J. (2004). *El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Cáceda, R. (2014). Suicidal behavior: risk and protective factors. *Revista de neuropsiquiatría*. 77 (1), 3-18.
- Calvo-García, F., Giralt-Vázquez, C., Calvet-Roura, A. & Carbonell-Sánchez, X. (2016). Riesgo de suicidio en población sin hogar. *Clínica y Salud*, 27: 89-96.

- Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión (2017). Ley General de Salud. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142\\_270117.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_270117.pdf)
- Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión (2017). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia para la Salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Cano, F. J., Rodríguez, L. & García, J. (2007). Adaptación española del inventario de estrategias de afrontamiento. *Actas españolas de psiquiatría*, 35 (1), 29-39.
- Carballo, J. J., Akamnonu, C. P., & Oquendo, M. A. (2008). Neurobiology of Suicidal Behavior. An integration of biological and clinical findings. *Archives of suicide research: official journal of the international academy for suicide research*, 12(2), 93–110. doi: 10.1080/13811110701857004
- Ceballos-Ospino, G., Suárez-Colorado, Y., Suescún, Arregocés, J., Gamarra-Vega, L., González, K.E. & Sotelo-Manjarres, A.P. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescente escolares de Santa Marta. *Duazary*, 12 (1).
- Centro de estudios para el adelanto de las mujeres y la equidad de género. (2013). El suicidio en México, desde la perspectiva de género. Recuperado de: [www2.diputados.gob.mx](http://www2.diputados.gob.mx).
- Centro estatal de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades del Estado de México – CEVECE (2017). Suicidio inminente (Tríptico). México: CEVECE.
- Código de Nüremberg (1947). Recuperado de: [www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf](http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf).
- Chatard, A., Selimbegovic, L. & Konan, P. N. (2009). Self-esteem and suicide rates in 55 nations. *European journal of personality*, 23, 19-32.
- Chatterjee, I. & Jayanti, B. (2010). Perceived causes of suicide, reasons for living and suicidal ideation among students. *Journal of the Indian academy of applied psychology*, 36 (2), 311-316.
- Coffin, N., Álvarez, M. & Marín, A. (2011). Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: un estudio piloto. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14(4), 341-354.
- Compas, B., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Harding Thomsen, A. & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127 (1), 87-127.

- Contini, N., Corel, P., Levin, M. & Estevez, A. (2003). Estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes escolarizados de Tucumán. *Revista de psicología de la PUCP*, 21(1), 180-200.
- Contreras, J., Hernández, L. & Freyre, M.A. (2015). Validez de constructo del inventario de depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia Psicológica*, 33 (3), 195-203.
- Connel y Meyer. (1991). The reasons for living inventory and a colleague population: adolescent suicidal behaviors, beliefs, and coping skills. *Journal of clinical psychology*, 47(4), 485-489.
- Coolican, H. (2005). *Métodos de investigación y estadística en psicología* (3ra. Edición). México: Manual Moderno.
- Corona Miranda, B., Hernández Sánchez, M. & García Pérez, R. M. (2016), Mortalidad por suicidio, factores de riesgo y protectores. *Revista haba de ciencias médicas*. 15 (1).
- Córdoba, M., Rosales, J. C. & Eguiluz, L.L. (2005). La didáctica constructiva de una escala de desesperanza: resultados preliminares. *Enseñanza e investigación en psicología*, 10 (2), 311-324.
- Cortina, E., Peña, M. & Gómez, Y. (2009). Factores psicológicos asociados a intentos de suicidio en jóvenes entre 16 – 25 años del Valle de Aburrá. *Revista de Psicología, Universidad de Antioquia*, 1(1), 55-73.
- Cuesta-Revé, D. (2017). Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Revista mexicana de pediatría*, 84 (2),72-77.
- Cyders, M.A., y Smith, G.T. (2008). Emotion-based dispositions to rash action: positive and negative urgency. *Psychiatric Bulletin*, 134(6), 807–828
- Dalley, J.W. & Roiser, J.P. (2012). Dopamine, serotonin and impulsivity. *Neuroscience*, 215 (1), 42-58.
- Department of the Army (2015). *Health promotion, risk reduction and suicide prevention*. Headquarters of the Army: Washington, D. C.
- Díaz Falcón, D., Fuentes Suárez, I., & Senra Pérez, N. C. (2018). Adolescencia y autoestima: su desarrollo desde las instituciones educativas. *Revista Conrado*, 14(64), 98-103.
- Di-Collredo, C., Aparicio Cruz, D. P. & Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento, *Psychologia. avances de la disciplina.*, 1 (2), 125-156.

- Dobrov, E., & Thorell, L. H. (2004). Reasons for living - translation, psychometric evaluation and relationship to suicidal behavior in a Swedish random sample. *Nordic journal of psychiatry*, 58(1), 277-285.
- Domènech-Llaberia, E. (Ed). (2005). *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la Adolescencia*. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Dominguez-Lara, Sergio. (2018). Magnitud del efecto para pruebas de normalidad en investigación en salud. *Investigación en educación médica*, 7(27), 92-93, doi: 10.22201/facmed.20075057e.2018.27.1776.
- Duarté Vélez, Y; Lorenzo-Luaces, L. & Rosselló, J; (2012). Ideación suicida: síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, auto- concepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista puertorriqueña de psicología*, 23(1), 1-17.
- Durak, A. (2015). Suicide probability: a study of reason for living, hopelessness and loneliness. *Turkish Journal of Psychiatry*, 16 (1).
- Durkheim, E. (1897/ 2008). *El suicidio*. Madrid: Akal.
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33 (2), 117-126.
- Eisner, L. R. (2010). *A transdiagnostic model of suicidal ideation and suicide attempts*. Trabajo para obtener el grado de Doctor en Filosofía, Universidad de Miami, Florida.
- Elvira Peña, L. (2015). Impulsividad: definición y modelos en psicopatología. En J.L. Celma., Bases teóricas y clínica del comportamiento impulsivo. Barcelona: San Juan de Dios.
- Eguiluz L. (1995). Estudio exploratorio de la ideación suicida entre los jóvenes. Memorias del XV Coloquio de Investigación, Iztacala, UNAM; 121-130.
- Fazakas, L.L. Rnic, K. & Dozois, D.J.A. (2017). A cognitive distortions and deficits model of suicidal ideation. *Europe's Journal of Psychology*, 13(2), 178–193, doi: 10.5964/ejop.v13i2.1238.
- Ferrer-Honores, P., Miscán-Reyes, A., Pino-Jesús, M. & Pérez-Saavedra, V. (2013). Funcionamiento familiar según el modelo circunplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. *Revista enfermería hereditaria*, 6(2), 51, 58.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. & Delongis, A. (1986) Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50, 571-579. doi:10.1037/0022-3514.50.3.571.

- Fraijo Sing, B. S., Cuamba Osorio, M., Corral Verdugo, V., Tapia Fonllem, C. & Montiel Carbajal, M. (2012). Factores psicosociales asociados a la ideación suicida y el parasuicidio en adolescentes. *PSICUMEX*, 2 (1), 41-55.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86 (6), 436-443.
- García-Alandete, J., Gallego-Pérez, J.F. & Pérez-Delgado, E. (2019). Depresión, desesperanza, neurósisis noógena y suicidio. 8vo Congreso virtual de Psiquiatría, *INTERPSIQUIS*.
- García de Jalón Elena y Peralta Víctor (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *ANALES*. 25(supl. 3), 87-96.
- Gómez, A.S., Nuñez, C., Agudelo, M. P. & Grisales, A.M. (2020). Riesgo e ideación suicida y su relación con la impulsividad y la depresión en adolescentes escolares. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación – RIDEP*, 54(1), 147-163.
- González-Abarca, A. J., Ramos-Corrales, J., Nolasco-García, E.A., Lara-Flores, A., Ramírez-Piedras, A., Márquez-Alcaraz, M.E., Illán-López, O.C. & Amaya-G., M.R. (2014). Depresión y suicidio, *Revista médico-científica de la secretaría de salud de Jalisco*, 47-55.
- González-Arratia, N.I. & Valdez-Medina, J. L. (2012). Optimismo-pesimismo y resiliencia en adolescentes de una universidad pública. *CIENCIA ergo sum*, 19 (3), 207-214.
- González-Arratia, N.I. (2011). *La autoestima Medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- González Forteza, C., Ramos Lira, L., Caballo Gutiérrez, M. A. & Wagner Echeagarray, F. A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15 (4), 524-532.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina, Ma. E., Fleiz, C., Bermúdez, P & Amador, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 25 (6), 1 -12.
- González-Forteza, C., Andrade Palos, P. & Jiménez Tapia, A. (1997). Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de Americana Latina*, 43 (4), 319-326.

- González Forteza, C. (1992). *Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: impacto sobre el estado emocional en adolescentes*. Tesis de maestría en psicología social. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- González-Tovar, J. & Hernández-Montaña, A. (2012). La desesperanza aprendida y sus predictores en jóvenes: análisis desde el modelo de Beck. *Enseñanza e investigación psicológica*. 17(2), 3313-3327.
- Gooding, P., Tarrier, N., Dunn, G., Shaw, J., Awenat, Y., Ulpig, F. & Pratt, D. (2015). The moderating effects of coping and self-esteem on the relationships between defeat, entrapment and suicidality in a sample of prisoners at high risk of suicide. *Europe Psychiatry*, 30 (8), 988 – 994. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.09.002.
- Gradados Alonso, O. J. & Reyes Santiago, Z. (2014). *La desesperanza y la dificultad en la regulación emocional como factores de riesgo en la ideación o riesgo suicida en adolescentes de una escuela de nivel medio superior dentro del D.F.*, Tesina para obtener el diplomado de tanatología. México: Asociación Mexicana de Tanatología.
- Greydanys, D. E. & Apple, R. W. (2011). The relationship between deliberate self-harm behavior, body dissatisfaction, and suicide in adolescents: current concepts. *Journal on Multidisciplinary Healthcare*, 4, 183 – 189.
- Guibert, W. & Torres, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista cubana de medicina general integral*. 17 (5), pp. 452- 460.
- Guido García, Priscila, Mújica Sarmiento, Alejandro, & Gutiérrez Martínez, Rodolfo. (2011). Diferencias en el autoconcepto por sexo en la adolescencia: construcción y validación de un instrumento. *Liberabit*, 17(2), 139-146.
- Guiedd, J.N. (2018). La plasticidad del cerebro adolescente. *Investigación y ciencia, cuadernos Mente & Cerebro*. 3 (21), 10-16,
- Gutiérrez-García, A. G. & Contreras, C. M. (2008). El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Primera parte. *Salud Mental*, 31, 321-330.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. & Black, W. (1999). *Análisis Multivariante (5ta.ed.)*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Hagedorn, J. & Omar, H. (2002) "Retrospective Analysis of Youth Evaluated for Suicide Attempt or Suicidal Ideation in an Emergency Room Setting". *Pediatrics faculty publications*. 86. doi: 10.1515/IJAMH.2002.14.1.55.

- Hawkins, S., Valencia, A., Caamaño, B. & Ceballos, G. (2014). Riesgo Suicida y desesperanza en pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Pensando psicología*, 10 (17), 43-51.
- Herrera Santi, P. (2008). El estrés familiar, su tratamiento en la Psicología. *Revista cubana de medicina general integral*, 24 (3).
- Hermosillo-de la Torre, A. E., Vacio Muro, Ma. A., Méndez-Sánchez, C., Palacios, P. & Sahagún, M. A. (2015). Sintomatología depresiva, desesperanza y recursos psicológicos: una relación con la tentativa de suicidio en una muestra de los adolescentes mexicanos, *Acta universitaria*, 25 (NE-2), 2-56. doi: 10.15174/au.2015.900.
- Hernández, M. & Valdez Medina, J. L. (2002). Significado psicológico de vida y muerte en jóvenes. *Ciergo ergo sum*, 8(2), 162-168.
- Hernández Cervantes, Q. (2017). Suicidología adolescente. *Rubricas*, 7 (11), 54-63.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación* (3ra. ed.). México: Mc Graw Hill.
- Hill, R. (1986). Life cycle stages for types of single parent families: of family development theory. *Family relations: an interdisciplinary journal of applied family studies*, 35 (1), 19 – 30.
- Horesh, N., Rolnik, T., Iancu, I., Dannon, P., Lepkifker, E., Apter, A. & Kotler, M. (1997). Anger, impulsivity and suicide risk. *Psychother Psychosom*, 66 (2), 92-6.
- Horesh, N., Rolnik, T., Iancu, I., Dannon, P., Lepkifker, E., Apter, A. & Kotler, M. (1996). Coping styles and suicide risk. *Acta psychiatrica scandinavica*, 93: 489-493.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2019). “Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre)”. Comunicado de prensa número 455/19. México: INEGI.
- 2016. Estadísticas a propósito del...día internacional de la Juventud (15 a 29 años) 12 de agosto. México: INEGI.
- 2016. Estadísticas a propósito del...día mundial para prevención del suicidio (10 de septiembre). México: INEGI.
- 2015. Estadísticas a propósito del...día mundial para prevención del suicidio (10 de septiembre). México: INEGI.
- 1994. Estadísticas de Intento de Suicidio y Suicidios. 1 (1). México: INEGI.

- Jena, D. & Sidhartha, T. (2004). Non-fatal suicidal behaviors in adolescents. *Indian journal of psychiatry*, 46(4), 310-318.
- Jiménez-López, J.L., Arenas-Osuna, J. & Angeles-Garay U. (2015). Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Revista mexicana del seguro social*, 53(1),20-8.
- Jiménez, A. & González- Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*, 26 (6), 35-46.
- Klonsky, D., Kotov, R., Rabinowitz, J. & Bromet, E.J. (2012). Hopelessness as a predictor for attempted suicide among first admission patients with psychosis: a 10-year cohort study. *Suicide life threatening behavior*, 42 (1), 1-10. doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00066.x.
- Kwon, A., Song, J., Yook, K., Jon, D., Hun, M., Hong, N. & Ju Hong, H. (2016). Predictors of suicide attempts in clinically depressed korean adolescents. *Clinical psychopharmacology and neuroscience*, 14, (4), 383-387.
- Lara, A. (2014). *Introducción a las ecuaciones estructurales en AMOS y R*. Memoria del master en estadística aplicada. España: Universidad de Granada.
- Levine, R. (1988). *Ethics and Regulation of Clinical Research*. New Haven: Yale University Press.
- Linehan, M. & Goodstein, J. (1983). Reasons for Staying Alive When You Are Thinking of Killing Yourself: The Reason for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (2), 276-286.
- Macías, M.A., Madariaga C., Amarís, M. & Zambrano J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.
- Marchiori, H. (1993). *El suicidio un enfoque criminológico*. México: Porrúa
- Mejía, A., Pastrana, J.J. & Mejía, J.M. (2011). La autoestima, factor fundamental para el desarrollo de la autonomía personal y profesional. *XII Congreso Internacional de Teoría de la Educación*, España: Universidad de Barcelona.

- Malone, K.M., Oquendo, M.Z., Hass, G.L., Ellis, S.P., Li, S. & Mann, J.J. (2000). Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *American journal of psychiatry*, 157(7), 1084-1088.
- Mann, J.J. (1998). Neurobiology of suicide. *Nature Medicine*. 4 (1), 25-30.
- Mann, J.J., Waternaux, C., Haas, G. L. & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behaviour in psychiatrics patients. *The American journal of psychiatry*, 156 (2), 181-189.
- Márquez-Caraveo, M. E. & Pérez-Barrón, V. (2019). Factores protectores, cualidades positivas y psicopatología adolescente en contextos clínicos. *Salud pública de México*, 61(4), 470-477.
- Mars, B., Heron, J., Kinsky, E.D., Moran P., O'Connor R. C., Tilling K., Wikinson P. & Gunnell D. (2019). What distinguishes adolescents with suicidal thoughts from those who have attempted suicide? A population-based birth cohort study. *The Journal of child psychology and psychiatry*, 60 (1), 91-99. doi: 10.1111/jcpp.12878.
- Martín, G., Lucas, B. & Pulido, R. (2011). Diferencias de género en el afrontamiento en la adolescencia. *Brocar*, 35 (1), 157-166.
- Micceri, T. (1989). The unicorns, the normal curve, and other improbable creatures. *Psychological bulletin*, 105 (1), 156-166.
- Mirkovic, B., Labelle, R., Guilé, J.-M., Belloncle, V., Bodeau, N., Knafo, A., Gérardin, P. (2015). Coping skills among adolescent suicide attempters: results of a multisite study. *Canadian journal of psychiatry*, 60 (2 Suppl 1), S37-S45.
- Moeller, F.G., Barrat, E.S., Dougerty, D., Schmitz, J.M. & Swann, A.C. (2011). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1738-1793.
- Mojica, Sáenz & Rey-Anaconda (2009). Riesgo Suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38 (4), 681-292.
- Montero, I. & León, O. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International journal of clinical and health psychology*, 7 (3), 847-862.
- Montes-Hidalgo, J. & Tomás-Sábado, J. (2016). Autoestima, resiliencia, locus de control y riesgo suicida en estudiantes de enfermería. *Elsevier*, 27 (5), 188-193. doi: 10.1016/j.enfcli.2016.03.002.

- Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., Zuloaga, F. & Taylor, T. (2016). Percepción del propio riesgo suicida: estudio cualitativo con pacientes hospitalizados por intento o ideación suicida. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 3(1), 245-258).
- Morón, P. (1992). *El suicidio*. México: Lito arte, S. A.
- Mruk, C. (1999). *Auto-Estima Investigación, teoría y práctica* (2da. Ed.) España: Desclée de Brouwer.
- Musitu G. & Callejas-Jerónimo J.E. (2017). El modelo de estrés familiar en la adolescencia: MEFAD. *International journal of developmental and educational psychology*, 1, 11-20, doi:10.1760/ijodaep. 2017.n1. v1.894.
- Naciones Unidas (1999). *Protocolo de Estambul, manual para la investigación y documentación de la tortura y otros tratados o penas crueles, inhumanos o denigrantes. Serie de capacitación profesional no. 8. Rev. 1*. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas.
- Nava, C., Ollua, P., Vega, C. Z. & Soria, R. (2010). Inventario de estrategias de afrontamiento: una replicación. *Psicología y salud*, 10 (2): 213 – 220.
- Neira H. (2017). Suicidio soberano y suicidio patológico. *Ideas y valores*, 66 (164), 151-179.
- Oliva A. (2012). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de psicología*, 30 (1-2), 477-486.
- Ordaz-Baz, M. B. (2008). Introducción a la metodología SEM: Concepto y propósitos fundamentales. En M. A. Verdugo, M. Crespo, M. Badía & B. Arias (Coords.), *Metodología en la investigación sobre discapacidad. Introducción al uso de las ecuaciones estructurales. VI Seminario Científico. SAID*. 13- 28. Recuperado de <https://sid.usal.es>
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Suicidio*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- Ormel, J., Hartman, C. & Snieder, H. (2019). The genetics of depression: successful genome-wide association studies introduce new challenges. *Translational psychiatry*, 9 (114). doi: 10.1038/s41398-019-0450-5.
- Osman, A., Downs, W., Kooper B.A., Barrios F. X., Baker M. T. & Osman J. R. (1998). The Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFL-A): Development and Psychometric Properties. *Journal of Clinical Psychology*, 54(8), 1063-1078.

- Osman, A., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Osman, J. R., Besett, T., & Linehan, M. M. (1996). The Brief Reasons for Living Inventory for Adolescents (BRFL-A). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(4), 433-43, doi: 10.1007/BF01441566.
- Osorio, R. (2013). Impulsividad y agresividad en adolescentes, en J.C. Mingote & M. Requeña (eds.). *El malestar de los jóvenes, contextos, raíces y experiencias* Madrid: Días Santos.
- Pardo, A. G., Sandoval D. A. & Umbarilla, D. (2004). *Revista colombiana de psicología*, 13, 17-32.
- Parra, A. & Oliva, A. (2002). Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 18 (2), 215-231.
- Pérez-Olmos, I., Téllez, D. L., Vélez, A. L. & Ibáñez-Pinilla, M. (2012). Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios bogotanos *Revista colombiana de psiquiatría*, 41 (1), 26-47.
- Pérez-Olmos, I., Rodríguez-Sandoval, E., Dussán-Buitrago, M. & Ayala-Aguilera, J. P., (2007). Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. *Revista Salud Pública*, 9 (2), 230-240.
- Pérez Ramos, M. & Aguilar Villalobos, J. (2009). Relaciones del conflicto padres-adolescentes con la flexibilidad familiar, comunicación y satisfacción marital. *Psicología y salud*, 19 (1), 111-120.
- Pinillos, I. & Fuster, A. (2008). *Talento para vivir*. México: Grijalbo.
- Plutchik, R., Van Praag, H. M. & Conte, H. R. (1989). Correlates of suicide and violence risk: III. A two-stage model of countervailing forces. *Psychiatry Research*, 28, 215- 225.
- Plutchik, R., Van Praag, H.M., Conte, H.R. & Picard, S. (1989). Correlates of suicide and violence risk 1: the suicide risk measure. *Comprehensive psychiatry*, 30(4), 296-302. Doi:10.1016/0010-440x (89)90053-9.
- Polit, D. & Hungler, B. (2000). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. México: McGrawHill.
- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. México: Pax.
- Quintanilla, R., Haro, L.P., Flores, M.E., Celis de la Rosa, A. & Valencia, S. (2003). Desesperanza y tentativa suicida. *Investigación en salud*, 2(1). Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=142/14250206>.

- Real Academia Española (2001). *Familia*. Diccionario de la lengua española (22.<sup>a</sup> ed.). Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>.
- Rodríguez Naranjo, C. & Caño González, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International journal of psychology and psychological therapy*, 12(3), 389-403.
- Rodrigo, M.J., García M., Máiquez M.L & Triana B. (2005). Discrepancias entre padres e hijos adolescentes en la frecuencia percibida e intensidad emocional en los conflictos familiares. *Estudios de psicología*, 26 (1), 21-34.
- Rodríguez, C. & Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International journal of psychology and psychological therapy*, 12 (3), 389-403.
- Ronald, T. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia avances de la disciplina*, 7 (1), 93- 102.
- Roselló, J. & Berrios, M. N. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños. *Interamerican journal of pshycology*, 30 (2): 295 – 302.
- Rositas, J. (2014). Los tamaños de las muestras en encuestas de las ciencias sociales y su repercusión en la generación de conocimiento. *InnOvaciOnes de NegOciOs*, 11 (22), 235-268.
- Rotheram-Borus, M.J. & Trautman P.D. (1988). Hopelessness, depression, and suicidal intent among adolescent suicide attempters. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 27(6), 700-704.
- Royo, J. & Fernández, N. (2017). Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia. *Pediatría general*, XXI (2), 116.e1-116.16.
- Ruíz, C. T., Jiménez, J., García, M., Flores, L.M. & Trejo, H.D. (2020). Factores del ambiente familiar predictores de depresión en adolescentes escolares: análisis por sexo. *Revista digital internacional de psicología y ciencia social*. 6 (1), 104-122. doi. 10.22402/j.rdipycs.unam.6.1.2020.197.104-122.
- Salman, D.G. (2011). *Futuro Imperfecto: dimensión hermenéutico-simbólica del suicidio en la obra de Jorge Semprún*. Tesis que para obtener el grado de Doctor en Letras Modernas. México: Universidad Iberoamericana.

- Santos, H.G.B.D., Marcon, S.R., Espinosa, M.M., Baptista, M. N. & Paulo, P.M.C. (2017). Factors associated with suicidal ideation among university students. *Revista latinoamericana de enfermagem*. 25. doi: 10.1590/1518-8345.1592.2878.
- Sánchez-Loyo, L. M., Camacho, E. J., Vega-Michel, C. Pérez, F. & Torres, M. F. (2017). Algunos factores biológicos, psicológicos y socioculturales asociados al intento suicida. En A. M. Ibarra-López & T. Morfín-López (Coords.) *Investigación transdisciplinar del fenómeno suicida*. México: Manual Moderno.
- Sánchez-Teruel, D., García-León, A. & Muela-Martínez, J.a. (2013). Relación entre alta ideación suicida y variables psicosociales en estudiantes universitarios. *Electronic journal of research in educational psychology*, 11 (2): 429- 450. doi: 10.14204/ejrep.30.13013.
- Sandoval, J. & Richard, L. (2004). *La salud mental en México*. México: Servicio de investigación y análisis, división política social, Cámara de Diputados LIX Legislatura.
- Sarmiento Hernández, E. I., Ulloa Flores R.E., Brenes Prats, M.E., Camarena Medellín B., Aguilar García A. & Hernández Muñoz, S. (2014). El polimorfismo 5-HTTLPR y el intento suicida en adolescentes deprimidos. *Salud Mental*, 37, 97-101.
- Seo, J.W. & Kwon, S. M. (2017). Preliminary validation of a Korean version of the acquired capability for suicide scale-fearlessness about death. *Suicide and life-threatening behavior*. doi: 10.1111/sltb.12360.
- Sharif, F., Parsnia, A., Mani, A., Vosoghi, M., & Setoodeh, G. (2014). Comparison of personality traits, coping styles, and psychiatric disorders in adult suicidal and non-suicidal individuals. *International journal of community-based nursing and midwifery*, 2(3), 148–156.
- Shoeps, K., Tamarit, A., González, R. & Montoya-Castilla, I. (2019). Competencias emocionales y autoestima en la adolescencia: impacto sobre el ajuste psicológico. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 6(1), 551-56. doi:10.21134/rpcna.2019.06.1.7.
- Simon, T.R., Swann, A.C., Powell, K.E., Potter, L.B., Kresnow. M. & O'Carroll, P.W. (2001). Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide life threatening behaviour*, 31 (1), 49-75.

- Smith, A. R., Wittem T. K., Teale, N., King, S., Bender, T. & Joiner, T. (2008). Revisiting impulsivity in suicide: implications for civil liability on third parties. *Behaviour Sci Law*, 26 (6), 779-797. doi: 10.1002/bsl.948.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). Código ético del Psicólogo (4ta. Ed.), México: Trillas.
- Soloff, P., White, R. & Diwadkar, V.A. (2015). Impulsivity, aggression and brain structure in high and low lethality suicide attempters with borderline personality disorder. *Psychiatric research*, 222(3), 131-139. doi: 10.1016/j.psychresns.2014.02.006.
- Soria, R., Santiago, L., Mayen, A. & Lara, N. (2018). Hábitos de salud y autoestima en mujeres y hombres adultos mayores. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 21 (4), 1318-1341.
- Suárez, P. & Vélez, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la efectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Revista psicoespacios*, 12 (20): 173-198. doi:10.25057/ismn.21452776.
- Sunnqvist, C., Träskman-Bendz, L. and Westrin, Å. (2013) Coping strategies used by suicide attempters and comparison groups. *Open journal of psychiatry*, 3, 256-263. doi: 10.4236/ojpsych.2013.32024.
- Thomson E.A., Mazza J.J., Herting J. R., Randel B.P. & Eggert L. L. (2005). The mediating roles of anxiety, depression, and hopelessness on adolescent suicidal behaviors. *Suicide and life-threatening behavior*, 35(1), 14-34.
- Thompson, E. A., Eggert, L. L., Randell, B. P., & Pike, K. C. (2001). Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *American journal of public health*, 91(5), 742-752.
- Tovilla-Zarate, C. A., & Genis, A.D. (2012). Los genes, el sistema serotoninérgico y la conducta suicida. *International journal of psychological research.*, 5 (1), 52-58.
- Tubert, S. El suicidio: una perspectiva psicoanalítica. *Átopos*. 4(1), pp. 16- 27.
- Valadez, I., Amezcua, R., Cerda, L.V. & González, N. (2004). El adolescente y sus relaciones con la familia. *Educar*, 67-76.
- Vann Heeringen, K. & Mann, J. J. (2014). The neurobiology of suicide. *Lancet psychiatry*, 1, 63 -72.

- Vargas, T. & Mora-Esquivel, R. (2017). Tamaño de la muestra en modelos de ecuaciones estructurales con constructos latentes: un método práctico. *Revista actualidades investigativas en educación*, 17(1), 1-34.
- Villardón, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la Adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Wagner, F. A., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C., & Gallo, J. J. (2012). Enfocando la depresión como un problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35(1), 3-11. Disponible en: [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/1449/1447](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1449/1447).
- Weishaar, M. (1996). Cognitive risk factors in suicide. En P., Salkovskis, *Frontiers of cognitive therapy*. United States of America: The Guilford Press.
- Wichstrom, L. (2000). Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 39(5), 603-610.
- World Medical Association (2013). Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, *JAMA*, 310 (20), 2191 – 2194. doi: 10.1001/jama.2013.281053.
- Yoshimasu, K., Kiyohara, C. & Miyashita, K. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses base on psychological autopsy studies. *Environmental health and preventive medicine*, 13, 243-256. doi: 10.1007/s12199-008-0037-x.
- Zorrigueta, (2010). *Las diferencias de género y su relación con el suicidio y las conductas vinculadas*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. Universidad de Belgrano Buenos Aires.