

## RESUMEN

NIVEL DE PREVALENCIA DE IDEAS E INTENTOS SUICIDAS EN LOS ESTUDIANTES DE SEXTO SEMESTRE DE SEIS PREPARATORIAS DE MONTEMORELOS

Por

Diana Selene Ávila Hernández

Asesora: Dra. Miriam de la Caridad Acosta Vargas

# **RESUMEN DE TESIS DE LICENCIATURA**

UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Título: NIVEL DE PREVALENCIA DE IDEAS E INTENTOS SUICIDAS EN LOS ESTUDIANTES DE SEXTO SEMESTRE DE SEIS PREPARATORIAS DE MONTEMORELOS**

Investigadora: Diana Selene Ávila Hernández

Asesora: Dra. Miriam de la Caridad Acosta Vargas

Fecha de terminación: Julio de 2014

## **Problema**

Se cree que la ideación suicida, es un factor previo a la tentativa de suicidio y al suicidio consumado, por lo que puede considerarse como una variable predictiva para ambos fenómenos. El propósito principal del planteamiento del problema es conocer el nivel de prevalencia de ideación e intento suicida y sus diferencias entre escuelas públicas y privadas, entre adolescentes que viven y no con ambos padres así como entre hombres y mujeres de seis preparatorias del municipio de Montemorelos.

## Metodología

Esta investigación es de tipo no experimental, transversal y descriptiva. La población estudiada se constituyó por 494 alumnos, todos del último grado de preparatoria de seis escuelas del municipio de Montemorelos, Nuevo León, México durante el semestre febrero a julio 2014. No se realizó un muestreo, sino que se recurrió al censo, administrando el instrumento a 476 estudiantes. La prueba estadística que se realizó fue la “r” de Pearson y “t” de Student.

## Resultados

La prevalencia de ideación suicida en los adolescentes de esta investigación fue de 10.5%, lo que indica que aproximadamente uno de cada 10 estudiantes presentó ideación suicida importante. Del total de adolescentes que presentaron ideación suicida, el 40% fueron hombres y el 60% (n=30) mujeres. También pudo verse que el 70% de los estudiantes pertenecían a escuelas públicas y el 30% a escuelas privadas. La prevalencia de intento suicida en los adolescentes de esta investigación fue de 10.5%. El 5.5% de los adolescentes han intentado suicidarse en una ocasión, el 2.9% lo ha intentado 2 veces y el 2.1% lo ha intentado tres o más ocasiones. Esto quiere decir que aproximadamente uno de cada 10 estudiantes ha intentado suicidarse al menos en una ocasión.

También pudo verse que del total de los adolescentes que presentaron intentos suicidas el 36% fueron hombres y el 64% fueron mujeres. De la misma forma se obtuvo que el 72% fueron pertenecientes a escuelas públicas y el 28% a escuelas privadas.

## Conclusiones

La presente investigación tuvo las siguientes conclusiones.

Se encontró que aproximadamente uno de cada diez adolescentes de esta investigación presenta ideación suicida. De la misma forma pudo verse que aproximadamente uno de cada diez adolescentes ha intentado suicidarse al menos en una ocasión.

Se comprobó que las mujeres presentan mayor ideación suicida que los hombres, pero que tanto los hombres como las mujeres tienen el mismo nivel de prevalencia de intento de suicidio. También se ratificó que a mayor ideación suicida mayor probabilidad de intento suicida.

Pudo verse que no existe diferencia en el nivel de ideación suicida e intento de suicidio entre escuelas públicas y privadas y que la ideación suicida y el intento de suicidio se presenta de igual manera entre adolescentes que viven con ambos padres y los que no.

.

UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS

Facultad de Psicología

NIVEL DE PREVALENCIA DE IDEAS E INTENTOS SUICIDAS  
EN LOS ESTUDIANTES DE SEXTO SEMESTRE DE SEIS  
PREPARATORIAS DE MONTEMORELOS

Tesis  
presentada en cumplimiento parcial  
de los requisitos para obtener el grado  
de Licenciatura en Psicología Clínica

por

Diana Selene Ávila Hernández

Julio de 2014

## DEDICATORIA

Durante el desarrollo de esta investigación recibí apoyo de diferentes personas.

En primer lugar quiero agradecer a Dios por ayudarme a encontrar un tema que me apasionaba y por responder a mis oraciones pidiendo sabiduría y dirección en el desarrollo del presente trabajo. De igual forma expreso mi gratitud a mis padres, Felipa Hernández y Elmer Ávila, por su invitación constante a culminar este proyecto. Agradezco también a Ever Torres por su apoyo en la aplicación de las pruebas, y por leer mi trabajo en reiteradas oportunidades.

Sin duda fueron de mucho aliento mis hermanos Karen y Hugo. Vayan también mis reconocimientos a los amigos que con sus oraciones y palabras de ánimo me ayudaron en este proyecto.

Por último, pero no por eso los menos importantes, doy las gracias a mis asesores, Dra. Miriam Acosta, Dr. Jaime Rodríguez y Dra. Patricia Martínez quienes con paciencia y dedicación me condujeron a concluir esta investigación.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>CAPÍTULO .....</b>	<b>1</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
Antecedentes.....	2
Planteamiento del problema .....	4
Declaración del problema.....	5
Hipótesis.....	6
Importancia y justificación.....	7
Limitaciones .....	8
Delimitaciones.....	8
Trasfondo filosófico .....	8
Definición de términos .....	11
<b>CAPÍTULO .....</b>	<b>12</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>12</b>
Introducción.....	12
Suicidio y conceptos implicados .....	12
Suicidio en el mundo.....	16
Suicidio en México.....	17
Suicidio en Nuevo León .....	20
Ideación suicida .....	21
Características de los adolescentes .....	23
Adolescentes y suicidio .....	24
Investigaciones realizadas sobre ideación suicida y adolescentes .....	26

<b>CAPÍTULO .....</b>	<b>30</b>
<b>III. METODOLOGÍA.....</b>	<b>30</b>
Tipo de investigación .....	30
Población .....	30
Instrumentos .....	30
Hipótesis nulas.....	32
Recolección de datos .....	33
Análisis de datos.....	33
<b>CAPÍTULO .....</b>	<b>34</b>
<b>IV. RESULTADOS .....</b>	<b>34</b>
Características de la muestra .....	34
Datos demográficos .....	34
Resultado por variables .....	35
Prueba de hipótesis .....	38
<b>CAPÍTULO .....</b>	<b>41</b>
<b>V. RESUMEN, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>41</b>
Resumen .....	41
Discusión .....	42
Conclusiones.....	43
Recomendaciones .....	45
<b>APÉNDICES .....</b>	<b>46</b>
<b>APÉNDICE A: INSTRUMENTOS.....</b>	<b>47</b>
<b>APÉNDICE B: CARTA DE AUTIRIZACIÓN .....</b>	<b>49</b>



<b>APÉNDICE C: SALIDAS COMPUTARIZADAS .....</b>	<b>51</b>
<b>LISTA DE REFERENCIAS .....</b>	<b>68</b>

# **CAPÍTULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

A nivel mundial se cree que existe una muerte por suicidio cada 40 segundos y un intento de suicidio cada 3 segundos en promedio, lo que indica que más personas mueren por suicidio que por todos los diversos conflictos armados en el mundo entero; en muchos lugares hay más muertes por suicidio que por accidentes de tránsito (Organización Mundial de la Salud [OMS] 1999). Según la OMS en el 2003 la conducta suicida en sus diversas formas representó un problema de salud pública a nivel internacional, ya que se encontró entre las diez principales causas de mortalidad general, y entre las tres primeras causas de muerte en el grupo de adolescentes y adultos jóvenes.

En diversas regiones del mundo, durante los últimos años, se ha observado un incremento paulatino, aunque constante, de la conducta suicida en los adolescentes. México no es la excepción y, si bien sus tasas de suicidios no son de las más altas en la región panamericana y en todo el mundo, el problema es digno de ser tomado en cuenta precisamente por su naturaleza incipiente, ya que se ha observado que las personas con pensamientos suicidas pueden tener una mayor tendencia a intentar suicidarse, y que quien lo intenta una vez, es probable que lo vuelva a hacer en menos de un año, con consecuencias fatales (González, Berenzon, Tello, Facio y Medina, 1998). Con esta realidad en mente, este trabajo se centra en investigar la existencia de la ideación suicida en adolescentes, ya que esta población muestra ser un grupo vulnerable y no estudiado en la región citrícola a la que pertenece Montemorelos.

## **Antecedentes**

Según Morin (2008) la palabra “suicida” y sus derivados latinos, no se registra hasta la llegada de la Edad Moderna. El mismo autor menciona que el vocablo no se registra sino hasta la mitad del siglo XVII cuando aparece en los escritos del monje cisterciense y teólogo español Juan Caramuel de Lobkowitz (1606-1682).

Aunque el término se ha registrado recientemente, la realidad del suicidio es tan antigua como la misma humanidad: es una respuesta ante situaciones límite del sufrimiento, la desesperación y la impotencia y la renuncia a las ganas de seguir luchando en la vida (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004); por lo tanto, es un fenómeno que ha existido en todos los tiempos y en todo tipo de sociedades (Domènech, 2005). Por ejemplo, desde la antigüedad, los sabios de la India buscaban frecuentemente el nirvana por medio del suicidio durante las fiestas religiosas. En Japón, el concepto de honor incitaba a los nobles a hacerse el hara-kiri, lo que implicaba que algunos creyentes no dudaban en suicidarse durante el culto para alcanzar a sus divinidades. Los egipcios, por su parte, le pedían a la muerte la liberación, y se congregaban en asociaciones para buscar los medios más agradables para morir. Sin embargo, no en todas las culturas se aprobó el suicidio; en Atenas no se permitía que el cadáver de un suicida fuera sepultado. De igual modo el cristianismo prohíbe explícitamente el suicidio, y en la Edad Media el derecho canónico lo condenó. Del siglo V al IX se registran relativamente pocos casos de suicidio. En contraste, los siglos XII y XIII registraron muchos casos, pues la herejía cátara excitó a algunos de sus miembros, los “perfectos”, a ejecutar el “suicidio sagrado”. El castigo tanto religioso como secular fue violento, se podía ver cómo el cadáver de un suicida se arrastraba sobre un zarzo, de cara al suelo y luego se lo ponía en evidencia por las calles (Moron, 1992).

Actualmente, debido a su alta prevalencia y a su creciente aumento a través de las décadas, el suicidio se considera una problemática sobresaliente a nivel internacional, llegando a ser un problema de salud pública significativo, aunque en cierto grado sea un fenómeno prevenible (García y Ramírez, 2010).

En 2001 los suicidios registrados a nivel mundial superaron la cifra de muertes por homicidio (500 000) y por guerras (230 000). A escala general, el suicidio constituye el 1,4% de la carga mundial de morbilidad, pero las pérdidas van mucho más allá (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2004).

El suicidio de adolescentes también ha estado presente desde tiempos muy antiguos (Domènech, 2005). En diversas regiones del mundo y durante los últimos años, se ha notado un aumento pausado, aunque constante, de la conducta suicida en los adolescentes. México no es la excepción (González et al., 1998), ya que datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2000 y 2013) reflejan que el número de suicidios registrados en el grupo de 15-24 años ha ido en aumento, mostrándose 843 casos en el año de 1999 y 1,775 en el año 2011.

A lo largo del tiempo se ha llegado a suponer que el estudio de la conducta suicida no debería delimitarse sólo al suicidio consumado sino también a la cadena secuencial desde la ideación suicida inicial hasta la ejecución del acto de autoeliminación (Domènech, 2005); por esta razón, se considera que la ideación suicida es uno de los elementos de riesgo más significativos para el suicidio; sin embargo, ha sido poco estudiada (Villagómez, Balcázar y Paz, 2005).

La ideación suicida y el intento suicida son variables frecuentes dentro de la población adolescente (Rueda, Martínez, Castro y Camacho, 2010). Sin lugar a duda el suicidio en los jóvenes es un tema de importancia social y de salud pública a nivel mundial; en consecuencia, su estudio demanda múltiples investigaciones para entender cada una de las etapas de la conducta suicida en esta población (Sarmiento y Aguilar, 2011).

Un estudio hecho en México por Pérez, Rivera, Atienzo, Castro, Leyva y Chávez en el 2010, reveló que el 47% de los estudiantes de educación media superior reportó ideación suicida. Casi la mitad mostró por lo menos un síntoma de ideación suicida y 9% refirió intento suicida. El patrón de conducta suicida que se ha observado en años recientes en jóvenes mexicanos deja ver un panorama preocupante que demanda atención.

### **Planteamiento del problema**

Según la OMS (2003), la conducta suicida en sus diversas formas representa un problema de salud pública a nivel mundial, ya que se cataloga dentro de las diez principales causas de mortalidad general, y dentro de las tres primeras causas de muerte en el grupo de adolescentes y adultos jóvenes (Villalobos, 2010).

La ideación suicida se define como “la presencia de deseos de muerte y de pensamientos persistentes de querer matarse” (Domènech, 2005); es un factor previo a la tentativa de suicidio y al suicidio consumado, por lo que puede considerarse como una variable predictiva para ambos fenómenos (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004; González, Díaz, Ortiz, González y González, 2000). Es por esto que ya existen algunas investigaciones psicológicas enfocadas en la ideación suicida como medio indirecto para evaluar y conocer el riesgo de suicidio (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004).

## **Declaración del problema**

La realización del presente estudio busca dar respuesta a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el nivel de prevalencia de ideas suicidas en los estudiantes de sexto semestre de seis preparatorias del Municipio de Montemorelos, Nuevo León, México, en el semestre febrero a julio de 2014?
2. ¿Cuál es el nivel de prevalencia de intentos suicidas en los estudiantes participantes del estudio?
3. ¿Existe diferencia significativa en la prevalencia de ideas suicidas entre hombres y mujeres adolescentes participantes del estudio?
4. ¿Existe diferencia significativa en la prevalencia de intentos de suicidio entre hombres y mujeres adolescentes participantes del estudio?
5. ¿Existe diferencia de la prevalencia de ideas suicidas entre estudiantes de escuelas públicas y privadas?
6. ¿Existe diferencia de la prevalencia de intentos suicidas entre estudiantes de escuelas públicas y privadas?
7. ¿Existe diferencia significativa de ideación suicida entre estudiantes que viven con ambos padres y los que no viven con ellos?
8. ¿Existe diferencia significativa de intento suicida entre estudiantes que viven con ambos padres y los que no?
9. ¿Existe relación entre el nivel de ideación suicida y el intento de suicidio?

## **Hipótesis**

Las hipótesis formuladas para la presente investigación son las siguientes:

H1: Existe diferencia significativa en la prevalencia de ideas suicidas entre hombres y mujeres adolescentes participantes del estudio.

H2: Existe diferencia significativa en la prevalencia de intentos de suicidio entre hombres y mujeres adolescentes participantes del estudio.

H3: Existe diferencia de la prevalencia de ideas suicidas entre estudiantes de escuelas públicas y privadas.

H4: Existe diferencia de la prevalencia de intentos suicidas entre estudiantes de escuelas públicas y privadas.

H5: Existe relación entre el nivel de ideación suicida y el intento de suicidio.

H6: Existe diferencia significativa de ideación suicida entre estudiantes que viven con ambos padres y los que no viven con ellos.

H7: Existe diferencia significativa de intento suicida entre estudiantes que viven con ambos padres y los que no.

## **Importancia y justificación**

El suicidio de adolescentes en México ha pasado del lugar 14° al 3° lugar como causa de muerte en 2003 para ambos sexos (Sólomon, 2009). En Nuevo León, este fenómeno se ubica en medio de una situación que está sobresaliendo al registrar alzas hasta de 3.1 por ciento en solamente ocho años (Cerda, 2006).

Jiménez y González (2003) mencionan, con respecto a la prevención del suicidio, que es importante dar el salto de la investigación descriptiva a la evaluativa, que permita pasar al territorio de la prevención primaria, detectando factores protectores, y secundarios, a través de la identificación de factores de riesgo. Debido a esto se recomienda que los profesionales de la salud, los educadores y los padres tomen en cuenta los síntomas de alarma y factores de riesgo del suicidio, con el propósito de evitar en el futuro posibles casos de suicidio (Cañón, 2011); por lo cual es conveniente conocer y detectar aquellos signos más o menos evidentes de ideación suicida que puedan aparecer (de la Torre, 2013).

Es importante tener los datos de prevalencia de ideación suicida en adolescentes tanto por el sufrimiento personal que acompaña a este fenómeno como para poder organizar programas de prevención de suicidio en esta población (Domènech, 2005).

Por lo expuesto, se considera de suma importancia aportar por medio de este estudio el conocimiento de la prevalencia de ideación suicida entre la población adolescente de bachillerato en Montemorelos, ya que no se ha encontrado un estudio que aborde tal tema en esta población.



## **Limitaciones**

Esta investigación presenta las siguientes limitaciones:

- 1.- La investigación pretendía abarcar todas las preparatorias del municipio, sin embargo una no logró ser incluida debido al inicio de su periodo vacacional.
- 2.- Las encuestas se aplicaron en el entorno escolar, por lo cual no fue posible controlar del todo los distractores ambientales.
- 3.- No se pudo aplicar el instrumento a 18 alumnos debido a su ausencia a clases el día de la aplicación.

## **Delimitaciones**

El estudio tiene las siguientes delimitaciones:

1. Solamente se incluyen estudiantes pertenecientes al último grado, de cada una de las seis preparatorias estudiadas en Montemorelos, Nuevo León, México, en el semestre febrero a julio 2014.
2. No se tomó en consideración otras variables que pudieran asociarse con la ideación suicida, como son: depresión, funcionamiento familiar, autoestima y otras.

## **Trasfondo filosófico**

Al hablar de suicidio inherentemente se tiene que partir del principio de la vida. La Iglesia Adventista del Séptimo Día (2011) declara que Cristo es la fuente de la vida (Juan 1: 4) y en él encontramos la promesa de vida eterna (Juan 3: 16); sin embargo siendo que la vida

humana es mortal, los seres humanos se encuentran confrontados al difícil tema de la vida y la muerte en su andar por este mundo.

En la Biblia pueden encontrarse algunos casos de suicidio como por ejemplo el de Saúl que seriamente herido en batalla, se quita la vida (1 Samuel 31:4). Siendo testigo de lo que había hecho su rey, el escudero “se echó sobre su espada, y murió con él” (31:5). Uno de los consejeros de Absalón, Ahitofel, se ahorcó al percatarse de que su consejo había sido rechazado (2 Samuel 17:23). Zimri logró hacerse rey por medio de una conspiración, pero al notar que el pueblo no lo apoyaba, entró “en el palacio de la casa real, y prendió fuego a la casa consigo” (1 Reyes 16:18). Judas se encontraba tan desequilibrado emocionalmente que después de traicionar a Jesús que se ahorcó (Mateo 27:5). Después del terremoto, el carcelero de Filipos creyó que los presos habían huido y trató de suicidarse, sin embargo Pablo lo persuadió de que no lo hiciera (Hechos 16:26-28).

En primer lugar, la mayor parte de estos suicidios ocurrió durante una guerra, y el quitarse la vida era resultado del temor o la vergüenza. En segundo lugar, los otros casos son más personales y reflejan, además del temor, una baja estima propia. En cada incidente, el individuo se encontraba en un estado mental altamente emotivo. En tercer lugar, la Biblia menciona los suicidios sin emitir juicio sobre la moralidad de la acción. Esto no significa que el suicidio sea moralmente correcto; el autor bíblico está simplemente narrando lo ocurrido. El impacto moral del suicidio puede evaluarse mediante una comprensión bíblica de la vida humana: Dios la creó, y no somos dueños de ella como para usarla y descartarla como nos plazca. El sexto mandamiento también tiene algo que decir sobre el tema. Por lo tanto, un cristiano no debe considerar el suicidio como solución moralmente válida al dilema de vivir en un mundo donde se experimenta dolor físico y emocional (Rodríguez, 2004).

White (2008) menciona con respecto al suicidio ya mencionado de Saúl: “Se quitó él mismo la vida dejándose caer sobre su propia espada. Así pereció el primer rey de Israel cargando su alma con la culpa del suicidio. Su vida había fracasado y cayó sin honor y desesperado, porque había opuesto su perversa voluntad a la de Dios.”

En la declaración oficial de la Iglesia Adventista del Séptimo Día (2011) con respecto a los principios para una visión cristiana de la vida humana, siendo esta un todo indivisible de cuerpo, alma y espíritu, se expone que Dios es la Fuente, el Dador y Sustentador de toda vida por lo que la vida humana tiene un valor único, puesto que los seres humanos, aún cuando caídos, son creados a la imagen de Dios, el cual reivindica la protección de la vida humana y considera a la humanidad responsable por su destrucción (Éxo. 20:13; Apoc. 21:8; Deut. 24:16; Jer. 7:3-34). Sin embargo también afirma que Dios da a la humanidad la libertad de elegir, aun cuando esto lleve al abuso y a consecuencias trágicas ya que su renuencia a forzar la obediencia humana requirió el sacrificio de su Hijo. Dios pide que se usen sus dones en concordancia con sus deseos y finalmente juzgará el mal uso de estos (1 Ped. 2:24; Rom. 3:5, 6; 6:1, 2; Gál. 5:13). Dios llama a cada uno de manera individual a hacer decisiones morales y a buscar en las Escrituras los principios bíblicos fundamentales para dichas elecciones (Juan 5:39; Hech. 17:11; 1 Ped. 2:9; Rom. 7:13-25), pues las decisiones humanas deben siempre estar centradas en la búsqueda de la voluntad de Dios (Rom. 12:2; Efe. 6:6; Luc. 22:42).

Según Cushman, (1997) aunque no comprendemos de manera completa las causas y motivaciones que producen el suicidio, como adventistas podemos aseverar tres principios de gran importancia. El primero es que debemos reconocer que la vida es hermosa y que es un don de Dios para ser guiada a través de su gracia mediante la fe; segundo, cuando descubrimos a alguien con pensamientos de autodestrucción, tenemos el deber de ayudar a esa persona, y

tercero, debemos tener claro que no nos corresponde el juzgar. Aun cuando estemos llevando a cabo un ministerio de amor y ternura para con los involucrados, no estamos ungidos de autoridad para prorrumpir juicio de que alguien ha cometido el pecado máximo, pues como menciona Rodríguez (2004): “La perfecta justicia de Dios toma en cuenta la intensa perturbación que se produce en nuestras mentes agitadas. Él nos entiende mejor que ningún otro. Debemos colocar el futuro eterno de nuestros seres amados en sus manos amorosas.”

### **Definición de términos**

**Suicidio:** La palabra suicidio proviene de dos componentes latinos, *sui*, que significa “uno mismo”, y *caedere* que significa “matar” por lo que se define como el acto voluntario e intencional de quitarse uno mismo la vida.

**Ideación suicida:** la presencia de deseos de muerte y de pensamientos persistentes de querer matarse.

**Intento de suicidio:** acto no habitual con resultado no letal y deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, que le cause autolesión o que, sin la intervención de otros, la determinaría, o bien en aquél que haya una ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica.

**Adolescencia:** es la transición de la niñez a la adultez, que implica gran cantidad de modificaciones biopsicosociales y se divide en tres etapas; la adolescencia temprana (11 a 14 años), adolescencia media (14 a 16 años), y la adolescencia tardía (17 a 19 años).

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **Introducción**

El suicidio es un fenómeno humano complejo, no solo por sus causas, sino también por las dificultades que implican su definición y su atención (Villalobos, 2010), ya que como mencionan Jiménez y González (2003) su explicación no puede simplificarse en términos patológicos, pues es parte de un proceso en el que intervienen factores psicológicos, sociales, culturales y ambientales. Es por esto que, tan solo en México, de 1982 a 2003 se han realizado 56 investigaciones en torno a este tema ya sea al intento de suicidio, el suicidio consumado, o la ideación suicida.

La ideación suicida por su parte es considerada como la primera fase de la conducta suicida (De la Torre, 2013) y se considera importante investigarla porque representa un factor importante para el planeamiento suicida y la toma de medidas para prevención de probables futuros suicidios (Huapaya, 2009).

#### **Suicidio y conceptos implicados**

Stewart, Cutrer, Demy, O'Mathúna, Cunningham, Kilner y Bevington (2000) definen el suicidio como “el acto voluntario e intencional de quitarse uno mismo la vida.” De manera similar, La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, define al suicidio como “la muerte ocasionada por la lesión autoinflingida informada como intencional” (García y Ramírez, 2010). Por su parte Moron (1992) agrega: “llamamos suicidio a todo caso de muerte que resulta directamente de un acto, positivo o negativo, cometido por la víctima, a sabiendas

que va a producir dicho resultado”, y la OMS (1969) define acto suicida como “todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos” y tomando como base lo anterior, define suicidio como “todo acto suicida que tiene como resultado la muerte del individuo.”

En cuanto se refiere a las teorías explicativas del suicidio, han existido, de manera general, dos enfoques tradicionales: el social y el individual. El primero da explicación a la conducta autodestructiva desde la influencia de los factores externos al individuo; y el segundo, desde las características personales del sujeto. En el enfoque social se incluyen los factores sociológicos, analizados por las estadísticas como instrumento. El estudio sociológico explica el suicidio como resultado de un cúmulo de problemas sistémicos o estructurales de la sociedad. El representante más significativo y tradicional de esta orientación es Emilio Durkheim, cuya teoría ha tenido influencia en las diversas interpretaciones que se han elaborado acerca del suicidio (Villardón, 2009). Durkheim presenta una explicación social del aumento progresivo de suicidios. Afirma que éste se encuentra alimentado por una falta de integración social. Tomando como base esta idea, clasifica cuatro tipos de suicidios: egoísta, altruista, anómico y fatalista (Durkheim, 1858).

Mientras tanto, dentro del enfoque individual se encuentran las diferentes explicaciones psiquiátricas y psicológicas, y la metodología de aproximación al tema ha sido principalmente el estudio de casos.

Se han venido realizando diversos intentos serios de asociar ambas tendencias, tratando, por un lado, dar explicación al suicidio como una conducta en la que se interceptan tanto elementos personales como sociales y se complementan las diferentes metodologías

(Villardón, 2009), ya que, como coinciden la OMS (2012) y Jiménez y González (2003), el suicidio es un problema complejo, y su explicación no puede simplificarse en términos patológicos, sino como un fenómeno que es parte de un proceso en el que intervienen factores psicológicos, sociales, culturales y ambientales.

El concepto de conducta suicida hace referencia a un *continuum* de conductas, que incluye las ideas de suicidio, la tentativa de suicidio y el suicidio consumado, conductas que se solapan entre ellas. Hay dificultades para llegar a un consenso en la definición; en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone como criterios operativos de un *suicidio*: a) un acto con resultado letal; b) deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto; c) sabiendo o esperando el resultado letal y d) la muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social. Por lo que la definición de los términos en estas recomendaciones son:

*Suicidio*: muerte autoinfligida con evidencia, implícita o explícita, de que la persona quería morir.

*Intento de suicidio*: acto no habitual con resultado no letal y deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, que le cause autolesión o que, sin la intervención de otros, la determinaría, o bien en aquél que haya una ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica.

*Suicidio frustrado*: la acción de un agente accidental e imprevisible que impide la consumación de la muerte del sujeto.

*Ideación suicida*: pensamientos universales sobre el cese de la propia vida en situaciones de estrés intolerable. En la clínica se valora como tal la persistencia de la ideación en las dos semanas previas a la exploración.

*Autolesión*: daño corporal que se provoca la persona contra sí misma sin intención suicida (cortes en la piel, quemaduras, golpes, rascado). La conducta autolesiva repetitiva se caracteriza por la presencia de impulsos irresistibles, recurrentes e intrusivos de infligirse daño físico que se acompaña de tensión creciente, ansiedad u otros estados disfóricos (Comité de Consenso de Catalunya en Terapéutica de los Trastornos Mentales, 2005).

Beck (1976) menciona que en el suicidio aparecen los pensamientos suicidas así como el acto suicida mismo. También sostiene que en el suicida pueden descubrirse los actos fatales o el suicidio consumado; los intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio; y los intentos de baja letalidad, todos estos, la mayoría de las veces, asociados a una circunstancia psicosocial crítica. En la misma línea y al igual que diversos autores (Cañón, 2011; Huichapeño y Lachino, 2006) Van Heeringen (2003) citado por Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006) mencionan un modelo explicativo del fenómeno suicida exponiéndolo como un proceso. Explica que se basa en las características rasgo-estado de la personalidad del individuo y la interacción de este con el medio ambiente. Y dan por sentado que el proceso suicida empieza en el momento en el comienzan los pensamientos sobre cómo quitarse la vida, posteriormente pasa por la ejecución de los primeros intentos suicidas, con un aumento gradual de la letalidad del intento, hasta lograr la suicidalidad, que en resumen comprende la ideación suicida, las conductas suicidas sin resultado de muerte o intentos suicidas y los suicidios consumados.



## Suicidio en el mundo

En las últimas décadas el suicidio ha obtenido especial importancia como problema de salud pública (Cañón, 20011) muy importante pero en gran medida prevenible, y que cobra casi un millón de víctimas al año, y da como resultado costos económicos estimados en miles de millones de dólares, incluso se originan más muertes debido al suicidio que por la suma de homicidios y guerras según lo mencionado por la Organización Panamericana de la Salud, (OPS) en el 2004.

Según valoraciones de la OMS, en el año 2000, aproximadamente un millón de personas murieron por suicidio, y de 10 a 20 veces más personas intentaron suicidarse en todo el mundo (1999). En Colombia, por ejemplo, según datos recogidos nadie se enteró del 66% de los intentos de suicidio; tan sólo un 20.5% acudió a la red de salud, lo cual implica que de cada cinco intentos solamente uno llega a ser conocido por el sistema de atención en salud y reportado a la red de información de lesiones por causa externa (Villalobos, 2009). Podría decirse que en promedio, a nivel mundial ocurre una muerte cada 40 segundos y un intento cada 3 segundos (OMS, 1999).

Hablando a escala global, el suicidio constituye el 1,4% de la carga mundial de morbilidad, sin embargo las pérdidas van mucho más allá. En la zona del Pacífico Occidental representa el 2,5% de todas las pérdidas económicas causadas por enfermedades. Dentro de los países que dan informe sobre la incidencia de suicidios, las tasas más altas se dan en Europa del este, y las más bajas en América Latina, los países musulmanes y algunos países asiáticos. Mientras que de los países africanos se dispone poca información sobre el suicidio. (OPS, 2004).

De manera más específica, lo mismo que a nivel mundial, el suicidio constituye un problema serio de salud pública en las Américas, ya que más de 60 mil personas se suicidan cada año en esta región; el suicidio ocupa el lugar número 20 entre todas las causas de mortalidad; y la tasa de mortalidad en el quinquenio 2005-2009, debido al suicidio, fue de 7.4 muertes por 100,000 habitantes (OPS, 2013). En lo concerniente a género, como confirman diversos estudios con respecto a la conducta suicida (Villalobos, 2010,2009; Rueda et al., 2010), excluyendo las zonas rurales de China, se suicidan más hombres que mujeres, aunque en la mayoría de lugares los intentos de suicidio son más prominentes entre las mujeres (OPS, 2004).

Por todo lo anterior, se dice que las tasas de suicidio han aumentado en un 60% en los últimos 45 años a nivel mundial. Se estima que el suicidio resultó en el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 equivaldrá el 2,4% en las naciones con economías de mercado y en los antiguos países socialistas (OMS, 2012). Lo que significa que para ese mismo año las víctimas podrían elevarse a 1,5 millones a nivel mundial (OPS, 2004).

Todo esto señala que el suicidio es un fenómeno importante universalmente hablando y que, sin embargo, presume variantes por países y, dentro de éstos, por regiones (Hernández y Flores, 20011).

### **Suicidio en México**

El suicidio en el país ha causado tal impacto que ha hecho que se considere como un problema de salud pública, ya que las tasas de mortalidad por esta causa han aumentado en los últimos años de una manera que es difícil ignorar (Jiménez y González, 2003).

Históricamente es en 1916 cuando se da inicio el conteo estadístico de suicidios en México por parte del INEGI. A partir de entonces se registró el sexo de cada individuo suicida según el tipo de acto cometido, sin embargo en ese entonces los datos sólo se limitaban a la Ciudad de México, y es hasta 1926 cuando el registro del suicidio se amplía a nivel nacional y se introducen variables como nacionalidad, estado civil, ocupación, causa, medio empleado y mes en que se registró el acto suicida. El primer cuaderno con información estadística de suicidios e intentos se registró en México en noviembre de 1995, con información comprendida de 1990 a 1994 (Cerdea, 2006).

Datos de la OMS (2012) reportan 4 565 suicidios en México en el año 2008, de los cuales 3 717 fueron hombres y 848 mujeres. Siendo el grupo de 15-24 años el más alto con 1 298 casos.

Para el 2011, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), se reportaron 5 718 casos de suicidio en México, de los cuales 4 621 fueron hombres, 1 095 mujeres y 2 no especificados. Aunque se observa el incremento del suicidio en hombres y mujeres, el crecimiento es mayor en hombres, sin embargo ocurre una etapa de tendencia variable de 1970 a 1984. A partir de esta fecha el incremento es continuo. La brecha que separa la tasa de suicidio entre hombres y mujeres al comienzo de este período y en 2007 se ha hecho más ancha: 4.1 suicidios masculinos por uno femenino en 1970 y 4.8 en 2007 (Borges, Orozco, Benjet, Medina, 2010).

En 2004 México ocupó el lugar 80 entre 99 países que fueron seleccionados con estadísticas confiables en sus datos de suicidio, y pese a que sus niveles son, en relación a otros países del mundo, todavía bajos (Hernández y Flores, 2011), el suicidio en México ha

ido aumentando de modo lento pero constante en los últimos 40 años (Borges et al., 2010), pasando de una tasa de 1.9 en 1960 a una de 4.2 en 2008 (OMS, 2012). En 1970 era un problema importante especialmente en la población de mayor edad, pero esta situación en el país ha cambiado siguiendo una tendencia internacional, ya que actualmente el suicidio se acrecienta muy rápidamente en el grupo de 15 a 29 años y constituye ya una de las principales causas de muerte en este grupo de edad. Y aunque en el contexto internacional, como ya se ha mencionado, México aún reporta una tasa de suicidios relativamente baja, el hecho de que esta se haya venido acrecentando gradualmente y que los grupos más jóvenes sean los más afectados no anuncia un futuro halagador, solo si se toman acciones públicas de manera pronta. Muy pocos padecimientos presentan un crecimiento igualitario en el país, que afecte en tanta medida a las poblaciones jóvenes y que, a la vez, haya sido centro de tan escueta atención de las autoridades sanitarias y políticas. Los niveles de conducta suicida en México guardan analogía con los de otros países más desarrollados (Borges et al., 2010).

En lo que a estudios sobre el suicidio se refiere, los investigadores de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales (DIEP) revelan que en el país se han publicado entre 1982 y 2003, 56 trabajos de investigación en donde la problemática suicida ha estado incluida, ya sea como la variable principal de interés o como una variable secundaria. Del total de estas, 66% se efectuó con datos tomados de diferentes tipos de población de la ciudad de México, 23% con información de fuentes nacionales o muestras representativas y 11% de individuos o fuentes de otros lugares. Con respecto al tema o área de interés del suicidio en cada artículo, 30% de las investigaciones se enfocaron en la ideación suicida, 23% en el intento de suicidio, 16% en el intento y la ideación, 13% en el suicidio consumado y el intento, 9% en el suicidio consumado, 5% en el suicidio consumado, el intento y la ideación y

4% en la conducta suicida de manera general en el nivel epidemiológico. En lo que se refiere a las unidades de análisis utilizadas en cada caso, 34% se centro en adolescentes, 29% en adultos, 21% en registros documentales, 11% en adolescentes y adultos, y 5% en niños. Los artículos tuvieron un enfoque psicosocial, epidemiológico o ambos. Como se puede ver, se han investigado las diversas dimensiones involucradas en el suicidio. De esta manera, se han estudiado el intento de suicidio, el suicidio consumado, y la ideación suicida en adolescentes y adultos, hombres y mujeres de población abierta y estudiantil, de las que se ha logrado un cuadro bastante amplio y útil en cuanto a la problemática suicida. Pero a pesar de esto, todavía queda pendiente el trabajo en poblaciones infantiles y ocultas en el país (Jiménez y González, 2003).

### **Suicidio en Nuevo León**

Exceptuando a Baja California, los estados de la frontera norte tienen tasas más altas de suicidios que las de nivel nacional (Cubillas, Román, Valdez y Galaviz, 2012).

El suicidio es un fenómeno que implica muchos factores y durante los últimos años ha mostrado en Nuevo León altas tasas de incidencia. Los cambios socioeconómicos, los cambios en los valores y relaciones de la pareja, en la concepción de familia y hasta las formas de relación entre la persona y los organismos formales como el estado y la iglesia tienen influencia en esta realidad (Cerdeña, 2006). Y aunque mucho se ha hablado de la distribución del suicidio en México, con énfasis en el sureste, pocas veces se ha mostrado y enfocado hacia las áreas del norte que también presentan altas tasas (Borges et al., 2010).

De 1998 a 2005 la tasa de suicidio en Nuevo León creció de 2.4 por ciento a 5.5 por ciento como tasa anualizada. En el estado cada vez se manifiestan más jóvenes y menores en

actos suicidas. Y por cada suicidio, hay ocho intentos. Todo esto refleja en un apremiante punto de atención aún y cuando el estado de Nuevo León se encuentre por debajo de la media nacional, que en materia de suicidio se reflejó en 6.4 por ciento durante 2005 (Cerde, 2006).

En el último cuaderno que editó el INEGI (2011) sobre suicidios, el estado de Nuevo León reporta 218 suicidios en el 2011. En lo que respecta a género, se quitan la vida más hombres que mujeres; y los suicidas eligen como sitio principal su propia casa.

Como se puede ver, nacido por causas bio-psico-sociales, el suicidio es a nivel mundial, una realidad decretada por el momento histórico-social y por la capacidad de cada sociedad para hacer frente a esta odisea. En Nuevo León, este fenómeno se ubica en medio de una situación que está sobresaliendo al registrar alzas de hasta 3.1 por ciento en solamente ocho años. Es por esto que se recomienda dar los pasos metodológicos para terminar de elaborar un mapa del suicidio en Nuevo León y conocer a profundidad las veredas que guían las razones para tal acto en la entidad (Cerde, 2006).

### **Ideación suicida**

Se considera ideación suicida a “los pensamientos o descripciones verbales de los mismos, referidos a valoraciones sobre el riesgo del contexto, al análisis de las consecuencias del intento o el logro del suicidio, el procedimiento y los instrumentos para llevarlo a cabo. De la Torre (2013); Sánchez, Villareal, Musitu y Martínez (2010) y Domènech (2005) la consideran como la primera fase de la conducta suicida por lo que este último la define como “la presencia de deseos de muerte y de pensamientos persistentes de querer matarse.”

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002), por su parte, coloca a la ideación suicida dentro de los criterios (Criterio A9) para diagnosticar depresión y refiriéndose a esta menciona:

Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los sujetos con menos riesgo suicida pueden referir pensamientos transitorios (1 o 2 min.) y recurrentes una o dos veces a la semana). Los sujetos con más riesgo suicida pueden haber comprado materiales (p. ej., una cuerda o un arma) para usarlos en la tentativa de suicidio y pueden haber fijado un lugar y un momento en el que saben que estarán solos y podrán así suicidarse.

Ciertamente la ideación suicida referente al pensamiento de llevar a cabo la conducta suicida y el continuo de la conducta suicida propiamente, es resultado de una cantidad diversa de elementos que apresuran o favorecen su aparición, por lo cual es un fenómeno complejo de manifestación multifactorial, en donde intervienen factores personales, familiares, escolares entre otros, y por lo tanto no es un fenómeno aislado (Jiménez y González, 2003; Cheng, Tao, Riley, Kann, Ye, Tian, Tian, Hu y Chen, 2009). De la misma forma como se considera el carácter multifactorial de la ideación suicida, también es cierto que esta, de manera constante, supone un factor de riesgo (de la Torre, 2013) ya que puede tomarse como el antecedente del intento suicida (INEGI, 2013) e incluso del suicidio completado (González, Díaz, Ortiz, González y González, 2000), dado que la mayoría de los sujetos que intentan suicidarse o que lo consiguen, dan avisos previos en forma de ideación suicida verbalizada (Buendía et al., 2004).

La ideación suicida se puede encontrar ya en muchos niños y sigue presente en adolescentes (Domènech, 2005). Otro punto importante es que la ideación suicida se presenta mayoritariamente en las mujeres que en los hombres, sin embargo cuando llevan la ideación al acto suicida, los hombres lo hacen en un número mayor que las mujeres (Huichapeño y Lachino, 2008).

No existe ninguna teoría que explique el suicidio y la ideación suicida de una forma completa (de la Torre, 2013), sin embargo se considera apremiante investigar esta última, no solo porque representa un factor importante para el planeamiento suicida y la toma de medidas para prevención de probables futuros suicidios (Huapaya, 2009), sino también por el sufrimiento personal que acompaña a este fenómeno (Domènech, 2005).

### **Características de los adolescentes**

La adolescencia es la transición de la niñez a la adultez, esta se divide en tres etapas; la adolescencia temprana (11 a 14 años), adolescencia media (14 a 16 años), y la adolescencia tardía (17 a 19 años). Este período biopsicosocial implica gran cantidad de modificaciones corporales. Hay un crecimiento rápido, cambios en las formas y proporciones del cuerpo y la madurez sexual. Se caracteriza por la búsqueda de identidad, necesidad de intelectualizar y fantasear, crisis religiosas, cambios de humor, contradicciones de la conducta, apego grupal y separación gradual de los padres. Cada etapa trae crisis nuevas, que podrían reflejarse en la sociedad, siendo de interés para la salud pública, ya que los adolescentes afrontan distintos riesgos como embarazo y maternidad precoz, elevados índices de mortalidad por accidentes, homicidio e incluso el suicidio (Awuapara y Valdivieso, 2013).



La adolescencia es el grupo más propenso a intentar suicidarse debido a características distintivas de su desarrollo, es decir, son individuos que constantemente tienen conflictos en sus relaciones interpersonales y generalmente responden en forma impulsiva cuando tienen que enfrentar una situación estresante (Huapaya, 2010), pueden vivir circunstancias difíciles y al no haber desarrollado aun los mecanismos para manejar la frustración y usar una adecuada resolución de conflictos, todo esto puede resultar decisivo en la formación de ideas suicidas y en que estas logren llevarse a cabo, aunque sea como un intento que no se consume. Existen situaciones en donde esta población utiliza la amenaza de suicidio a manera de manipulación, pero finalmente termina poniendo en riesgo su vida (Cañón, 2011).

### **Adolescentes y suicidio**

En todos los países, el suicidio es actualmente una de las tres primeras causas de muerte entre las personas de 15-34 años; todavía hace algún tiempo el suicidio prevalecía entre los adultos mayores; sin embargo, ahora el suicidio predomina en personas más jóvenes, tanto en términos absolutos como relativos, en una tercera parte de todos los países (OMS, 2012).

La OPS (2013) menciona que en todo el mundo se ha registrado una elevación alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años. Esto se ve reflejado en los 250 mil suicidios al año de adolescentes y jóvenes menores de 25 años (OPS, 2004).

El lugar que la OMS le da al suicidio en la población adolescente se ve confirmado si se observan los datos referidos por cada país. Es así como Estados Unidos, por ejemplo, presenta que su tasa de suicidios se ha triplicado desde 1960, por lo que ahora es la tercera

causa principal de muerte entre sus adolescentes (Wilbum y Smith, 2005). Colombia por su parte menciona que desde las últimas cuatro décadas del siglo XX aumentaron, y ahora los suicidios ocupan la tercera causa de muerte violenta en su población de adolescentes (Rueda et al., 2010).

México no se queda atrás. A pesar de que la juventud es uno de sus principales activos, actualmente quienes se encuentran entre 15 y 24 años de edad sufren circunstancias que ponen en riesgo su desarrollo integral y su propia supervivencia como parte de una sociedad (Cubilla et al., 2012), pues es especialmente notorio el acrecentamiento del nivel de suicidios que se observa en 2000 y 2005, entre la población que comprende esta edad (Hernández y Flores, 2011). Según datos de la OMS (2012), de los 4 565 casos de suicidio reportados en México en el año 2008: 1 298 fueron parte del grupo de 15-24 años de edad. El INEGI (2013), por su parte, reporta el aumento de la tasa de suicidio en adolescentes mencionado que en 1990 el suicidio en los varones representó una tasa de 4 y en mujeres de 1.4 por cada 100 mil adolescentes, mientras que para 2011 fue de 10.8 y 4.7 por 100 mil adolescentes, respectivamente. Todo esto confirma que, al igual que a nivel mundial, el suicidio en México ocupa actualmente el tercer lugar como causa de muerte en los adolescentes.

De manera más específica, en el estado de Nuevo León, según el INEGI (2011), de los 218 casos de suicidios reportados en el 2011, el grupo de 15-24 años ocupa el tercer lugar con 44 casos. Sin embargo existe falta de coincidencia en las cifras entre instituciones gubernamentales que impide tener un panorama exacto de la magnitud que el suicidio ha alcanzado como tasa de crecimiento en el estado de Nuevo León. Este fenómeno social en el estado, muestra aumentos en la población adolescente de entre 12 y 19 años. Y es alarmante el

hecho que de 1998 al 2005, se reportan 137 suicidios abarcando tales edades, con una tasa que pasó del siete por ciento en 1998 a 12.4 por ciento en 2005 (Cerdeña, 2006).

### **Investigaciones realizadas sobre ideación suicida y adolescentes**

Como ya se mencionó ideación suicida, hace referencia a “las ideas que presenta el adolescente de atentar contra su vida” (Huichapeño y Lachino, 2006), y la intensidad de estos deseos de suicidio, pueden señalar el riesgo de suicidarse poco después (González et al., 2000).

Un estudio realizado en Barcelona, con una población compuesta por 1 171 adolescentes, 518 (44,2%) varones y 653 (55,8%) mujeres, de colegios e institutos públicos y privados, mostró que el 12,5% de los individuos reconocieron haber tenido ideación suicida en los últimos 12 meses. En este estudio no se presentaron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo (Kirchner, Ferrer, Forns y Zanini, 2011).

En otro estudio en donde estudiantes (N=9.015), de entre 11 a 17 años, completaron un cuestionario auto-administrado en 100 escuelas, de cuatro ciudades de china (Beijing, Hangzhou, Wuhan y Urumqi) se reveló que el 17,4% de los estudiantes había presentado ideación suicida durante los 12 meses anteriores (Cheng et al., 2009).

Usando la misma prueba que el estudio anterior (Global Student Health , EMSE), Peltzer y Pengpid publicaron en el 2011 un estudio de 2 758 adolescentes tailandeses, comprendidos principalmente entre 12 y 15 años de edad, en donde los resultados arrojaron que la prevalencia de ideación suicida en estos fue del 8,8% (9,9% hombres y 7,7% mujeres).

En el continente americano también se ha estudiado la ideación suicida. Puede verse el caso de los Estados Unidos, en donde el 86% de 88 estudiantes pertenecientes a una facultad de ciencias en San Diego California, aceptó haber experimentado pensamientos suicidas en algún momento de sus vidas (Wilbum y Smith, 2005). Mientras tanto, en el área urbana Ofthe ciudad de Pelotas al sur de Brasil, se realizó un estudio poblacional de corte transversal en donde fueron entrevistados 1 039 adolescentes, entre 11 y 15 años de edad, de los cuales 14.1% mostraron ideación suicida (de Mattos, Azevedo, Jansen, Peretti, Lessa y Tavares, 2010).

El 18 % de una muestra Colombiana de 463 estudiantes que pertenecían a seis colegios y dos universidades, comprendidas entre nueve y 30 años, mostro ideación suicida. Sin embargo esta se reportó más significativa entre los individuos de 17 a 24 años (Villalobos, 2009). De resultados muy parecidos fue el caso de otro estudio elaborado en Puerto Rico en donde se reportó que uno de cada diez adolescentes tiene ideas suicidas. La muestra de este estudio estuvo constituida por 179 estudiantes entre las edades de 13 a 18 años. Participaron 137 (76.5%) mujeres y 42 (23.4%) hombres, de dos escuelas públicas y cuatro privadas del área metropolitana de San Juan. Aproximadamente 17% de los jóvenes reportaron pensamientos suicidas algunas veces o muy frecuentemente (Duarté, Luaces y Rosselló, 2012). También estudiantes, pero del Cono Este de lima Perú fueron blanco de estudio. Este estuvo constituido por 321 adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to año de secundaria de instituciones educativas públicas en el 2009, los resultados fueron: 83,1% presentó bajo nivel de ideación suicida, 14,3% nivel medio y 2,6% nivel alto. En donde la edad de 16 a 19 años manifestaron tener asociación significativa con la ideación suicida ( $p < 0,05$ ) (Huapaya, 2009). En esta misma ciudad, estudiantes entre 15 y 24 años del Centro Preuniversitario de la

Universidad Nacional Mayor de San Marcos (CEPUSM) mostraron una prevalencia de ideación suicida de 15% en el último año y 6% en el último mes. De igual forma, se vio que existe una prevalencia elevada de ideación suicida en estudiantes entre 15 y 24 años (Muñoz, Pinto, Callata, Napa y Perales, 2006).

En lo que concierne a México, se realizó un estudio de significativo alcance a nivel nacional. En este se seleccionaron de manera aleatoria planteles escolares de un listado de escuelas de educación media superior en las 32 entidades del país. Para objetivos de este estudio se incluyeron estudiantes entre 14 y 19 años de edad, resultando una población de 12 424. Esta muestra permitió proyectar los resultados a un total de 992 834 estudiantes de educación media superior de escuelas públicas de México. Del número total de estudiantes, 45% hombres y 55% mujeres, 47% mostraron ideación suicida. Se pudo ver que Michoacán obtuvo la mayor prevalencia de ideación (56%), seguida de San Luis Potosí (54%) y Tlaxcala (54%). Sonora y Zacatecas presentaron la prevalencia más baja de este problema (35%). También se encontró un aumento progresivo de presentar intento suicida al incrementarse el número de síntomas de ideación suicida; los estudiantes que contestaron afirmativamente cuatro síntomas de ideación suicida ostentaron 127 veces más posibilidad de intentar suicidarse, a diferencia de los que no presentaron síntomas. En este estudio se concluyó que casi la mitad de los(as) estudiantes de educación media superior de México presenta al menos un síntoma de ideación suicida (Pérez et al., 2010).

Un estudio más pequeño en el Distrito Federal mostro resultados diferentes. Este fue hecho con 1,419 alumnos de un plantel público de educación media superior, en donde se halló una mayor frecuencia de casos sin ideación suicida y, cuando ésta se hizo presente, aquellos que presentaron idea suicida la reportaron en un alto porcentaje. Al mismo tiempo se

reflejó una mayor frecuencia de ideación suicida en mujeres (Sarmiento y Aguilar, 2011). Este mismo resultado arrojó una investigación realizada en Orizaba Veracruz. Esta se efectuó en 6 bachilleratos y preparatorias. La frecuencia de ideación suicida fue baja ya que de un total de 1 299 adolescentes, solamente 2 presentaron datos de ideación suicida (Carreño, 2010).

En otro estudio también en una preparatoria Michoacana, participaron 20 adolescentes de 4° semestre. Dentro de los 20 casos de ésta investigación, 9 de ellos presentaron ideación suicida alta, de los casos restantes 11 adolescentes mostraron ideación suicida media (Huichapeño y Lachino, 2006).

1,358 estudiantes preparatorianos del estado de Sonora fueron participes de un estudio descriptivo, transversal y comparativo. Los estudiantes fueron de ambos sexos en donde 58.1% equivalió a féminas y 41.9% a varones, todos de 15 a 19 años de edad. La proporción de alumnos de escuelas públicas fue de 78.7% y los de escuelas privadas 21.3%, mientras la distribución por semestre fue de 36.9% de segundo, 32.3% de cuarto y 30.8% de sexto. En este estudio se determinó que un 15% de los jóvenes presentó ideación suicida durante la semana anterior a la aplicación del cuestionario (Cubillas et al., 2012).

Un estudio hecho por Chávez, Pérez, Macías y Páramo en el 2004, tomo como muestra a 532 estudiantes pertenecientes a 62 grupos de los tres grados escolares de nivel medio superior del estado de Guanajuato. En esta ocasión se obtuvo que aproximadamente uno de cada 3 estudiantes presentó algún indicador de ideación suicida.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **Tipo de investigación**

Esta investigación es de tipo no experimental, ya que no se pretenden manipular algún tipo de variable sino simplemente se observa el fenómeno tal como se da en su contexto natural. Es transversal, puesto que se recolectan datos en un solo momento en un tiempo único, y es descriptiva pues tiene como objetivo indagar la prevalencia de una variable (ideación suicida e intento suicida) en una población (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

#### **Población**

La población de esta investigación se constituyó por 494 alumnos, todos del último grado de preparatoria de seis escuelas del municipio de Montemorelos, Nuevo León, México, siendo estas: preparatoria Profesor Ignacio Carrillo Franco, Interline, Instituto Americano de Montemorelos, Instituto Guadalupe de Estudios Superiores, C.E.T.I.S. No 163 y la Preparatoria No 6; durante el curso escolar enero a julio de 2014. No se realizó un muestreo, sino que se recurrió al censo, administrando el instrumento a 476 estudiantes.

#### **Instrumentos**

##### **Ideación suicida**

Definición conceptual: Ideación suicida es la presencia de deseos de muerte y de pensamientos persistentes de querer matarse.

Definición instrumental: Escala de Ideación Suicida de Roberts (1980). Adaptación para población mexicana de Mariño, Medina, Chaparro y González (1993). La Escala consta

de cuatro reactivos: «no podía seguir adelante», «tenía pensamientos sobre la muerte», «sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto », y «pensé en matarme». Las opciones de respuesta permiten conocer la ocurrencia de los síntomas en la última semana: 1= “0 días”; 2= “1-2 días”; 3= “3-4 días”, y 4= “5-7 días”.

Definición operacional: El rango de la escala varía de 4 a 16. Todos los reactivos están redactados en sentido directo y la puntuación en la escala se obtiene por la suma simple de reactivos. A mayor puntaje mayor ideación suicida. La fiabilidad de la escala en adolescentes mexicanos, varía en diversos estudios de  $\alpha=.78$ ;  $\alpha=.81$ ;  $\alpha=.83$ ;  $\alpha=.84$  y  $\alpha=.88$ . (Sánchez, Villareal, Musitu y Martínez, 2010). Se tomó como criterio que quienes quedaron arriba de la media más una desviación estándar, corresponden al grupo de estudiantes con ideación suicida.

### Intento de suicidio

Definición conceptual: Acto no habitual con resultado no letal y deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, que le cause autolesión o que, sin la intervención de otros, la determinaría, o bien en aquél que haya una ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica.

Definición instrumental: Escala de Suicidalidad diseñada por Okasha autoadministrada, tipo likert, formada por 4 ítems, donde los tres primeros exploran ideación suicida y el cuarto consulta sobre intento de suicidio. Para esta investigación solo se usó el cuarto ítem que dice: ¿Has intentado suicidarte? Este instrumento arrojó un  $\alpha$  de 0.82 en población de adolescentes mexicanos (Pérez, Rivera, Atienzo, Castro, Leyva y Chávez, 2010).



Definición operacional: El ítem de intento de suicidio también se puntúa de 0 a 3 puntos según el número de intentos de suicidio: ningún intento, un intento, dos intentos, tres o más intentos (Salvo, Melipillán y Castro, 2009).

### **Hipótesis nulas**

A continuación se presentan las hipótesis nulas del estudio:

Ho1: No existe diferencia significativa en la prevalencia de ideas suicidas entre hombres y mujeres adolescentes participantes del estudio. (Para probar esta hipótesis se utilizara la prueba t de Student para muestras independientes, con un nivel de significación de .05)

Ho2: No existe diferencia significativa en la prevalencia de intentos de suicidio entre hombres y mujeres adolescentes participantes del estudio. (Para probar esta hipótesis se utilizara la prueba t de Student para muestras independientes, con un nivel de significación de .05)

Ho3: No existe diferencia de la prevalencia de ideas suicidas entre estudiantes de escuelas públicas y privadas. (Para probar esta hipótesis se utilizara la prueba t de Student para muestras independientes, con un nivel de significación de .05)

Ho4: No existe diferencia de la prevalencia de intentos suicidas entre estudiantes de escuelas públicas y privadas. (Para probar esta hipótesis se utilizara la prueba t de Student para muestras independientes, con un nivel de significación de .05)

Ho5: No existe relación entre el nivel de ideación suicida y el intento de suicidio. (Para probar esta hipótesis se utilizara la prueba r de Pearson, con un nivel de significación de .05)

Ho6: No existe diferencia significativa de ideación suicida entre estudiantes que viven con ambos padres y los que no. (Para probar esta hipótesis se utilizara la prueba t de Student para muestras independientes, con un nivel de significación de .05)

Ho7: No existe diferencia significativa de intento suicida entre estudiantes que viven con ambos padres y los que no. (Para probar esta hipótesis se utilizara la prueba t de Student para muestras independientes, con un nivel de significación de .05)

### **Recolección de datos**

La recolección de datos se realizó de acuerdo al siguiente proceso:

En primer lugar se visitó cada preparatoria del municipio con el propósito de explicar la intención de la investigación y solicitar la autorización por medio de un permiso escrito avalado por la Universidad de Morelos; así mismo se mostró una versión impresa de los instrumentos que debían aplicarse para el conocimiento del encargado. De igual modo se explicó el proceso de recolección de datos que se seguiría en caso de que se autorizara la aplicación. Posteriormente se realizó la aplicación de los instrumentos grupo por grupo explicando a grandes rasgos sobre la investigación y la importancia de contestar de manera honesta.

### **Análisis de datos**

Se calculará los estadísticos descriptivos para la prevalencia y se presentaran en diagramas. Posteriormente se aplicara para las hipótesis en esta investigación la prueba estadística t de Student para pruebas independientes y la prueba r de Pearson.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

De acuerdo con la información recaudada en la aplicación de los instrumentos usados, en este capítulo se exponen los resultados obtenidos.

#### **Características de la muestra**

A continuación se muestra los datos demográficos referentes a la población de estudio que participó en la investigación.

#### **Datos demográficos**

En este estudio participaron 476 estudiantes cuyas edades oscilaron entre 15 y 21 años, siendo la más frecuente la de 17 años (n=215). De ellos, 238 fueron hombres (50%) y 238 mujeres (50%).

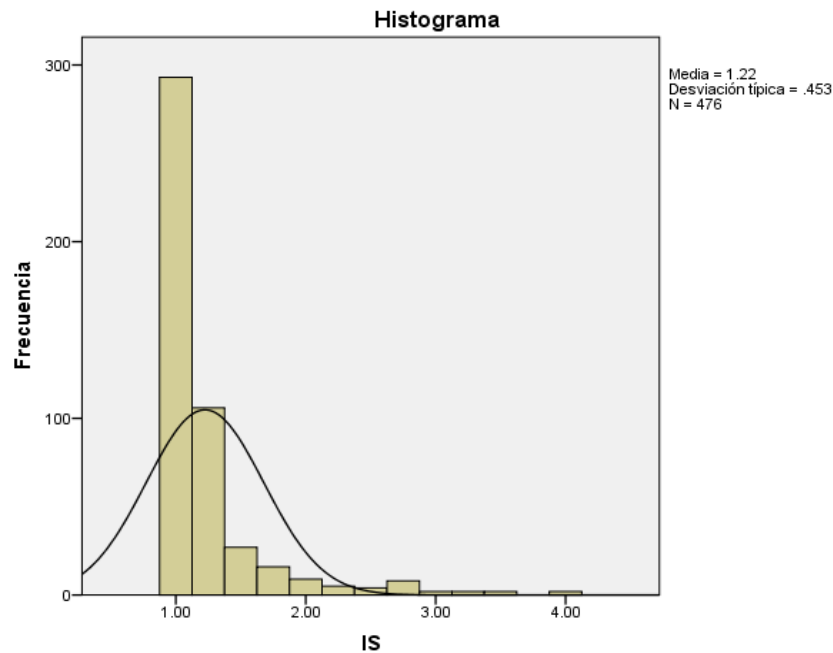
Los colegios que participaron en el estudio fueron los siguientes: (a) ICF (n=71, 14.9%), (b) Interline (n=17, 3.6%), (c) IAM (n=17, 3.6%), (d) IGES (n=9, 1.9%), (e) C.E.T.I.S (n=142, 29.8%) y (f) Prepara 6 (n=220, 46.2%). Siendo el 24 % (n=114) alumnos de escuelas privadas y el 76. % (n=362) escuelas públicas.

Al responder a la pregunta de si vivían o no con ambos padres, se obtuvo que 317 estudiantes (66.6%) vive con ambos padres y 88 estudiantes (18.5%) no viven con ambos padres. Además, el sistema reportó 71 datos perdidos, que representan el 14.9%.

## Resultado por variables

### Ideación suicida

La prevalencia de ideación suicida en los adolescentes de esta investigación (figura1) fue de 10.5%, (n=50), lo que indica que aproximadamente uno de cada 10 estudiantes presentó ideación suicida importante. Del total de adolescentes que presentaron ideación suicida (tabla 1), el 40% (n=20) fueron hombres y el 60% (n=30) mujeres. También pudo verse que el 70% (n= 35) de los estudiantes pertenecían a escuelas públicas y el 30% (n=15) a escuelas privadas.



**Figura 1. Prevalencia de ideación suicida**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1.00	293	61.6	61.6	61.6
1.25	106	22.3	22.3	83.8
1.50	27	5.7	5.7	89.5
<b>1.75</b>	<b>16</b>	<b>3.4</b>	<b>3.4</b>	<b>92.9</b>
2.00	9	1.9	1.9	94.7
2.25	5	1.1	1.1	95.8
Válidos 2.50	4	.8	.8	96.6
2.75	8	1.7	1.7	98.3
3.00	2	.4	.4	98.7
3.25	2	.4	.4	99.2
3.50	2	.4	.4	99.6
4.00	2	.4	.4	100.0
Total	476	100.0	100.0	

(Tabla 1)

#### Frecuencia por ítems

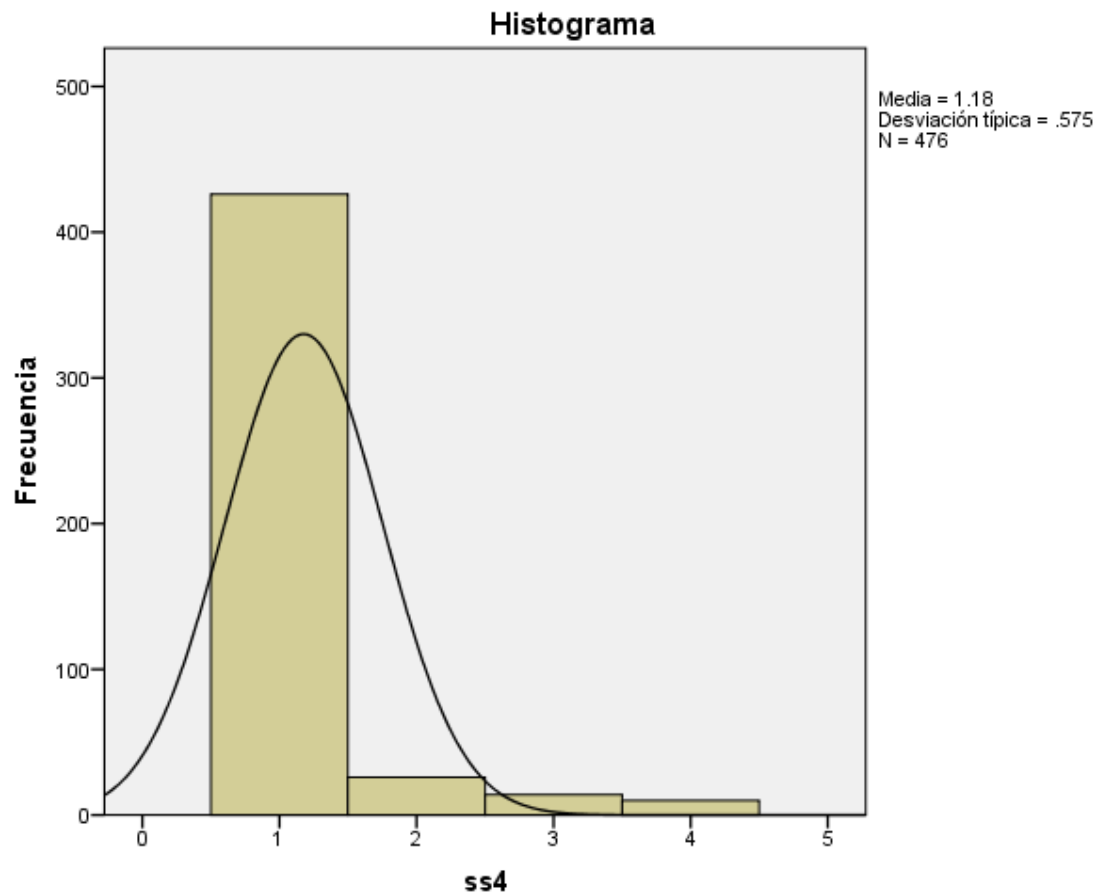
Con respecto al ítem “no podía seguir adelante”, se registró que 335 (70.4%) estudiantes contestaron afirmativo a cero días, 115 (24.2%) contestaron de uno a dos días, 22 (4.6%) de tres a cuatro días y 4 (.8%) de cinco a siete días. En el ítem “tenía pensamientos sobre la muerte”, 403 (84.7%) adolescentes contestaron que esto sucedió cero días, 53 (11.1%) de uno a dos días, 10 (2.1%) de tres a cuatro días y 10 (2.1%) alumnos de cinco a siete días. La frecuencia del tercer ítem “sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto” fue de 409 (85.9%) adolescentes cero días, 46 (9.7%) de uno a dos días, 12 (2.5%) de tres a cuatro

días y 9 (1.9%) de cinco a siete días. Por último el ítem “pensé en matarme” tuvo una frecuencia de 437 (91.8%) adolescentes que pensaron esto cero días, 24 (5%) de uno a dos días, 7 (1.5%) de tres a cuatro días y 7 (1.5%) de cinco a siete días.

#### Intento suicida

La prevalencia de intento suicida en los adolescentes de esta investigación (figura 2) fue de 10.5%, (n=50). El 5.5% (n=26) de los adolescentes han intentado suicidarse en una ocasión, el 2.9% (n=14) lo ha intentado 2 veces y el 2.1% (n=10) lo ha intentado tres o más ocasiones. Esto quiere decir que aproximadamente uno de cada 10 estudiantes ha intentado suicidarse al menos en una ocasión.

También puedo verse que del total de los adolescentes que presentaron intentos suicidas el 36% (n=18) fueron hombres y el 64% (n=32) fueron mujeres. De la misma forma se obtuvo que el 72% (n=36) fueron pertenecientes a escuelas públicas y el 28% (n=14) a escuelas privadas.



**Figura 2. Prevalencia de intento suicida**

### Prueba de hipótesis

A continuación se presentan los resultados de las hipótesis sometidas a prueba:

H01: No existe diferencia significativa en la prevalencia de ideas suicidas entre hombres y mujeres adolescentes participantes del estudio.

De acuerdo a la prueba t de Student para muestras independientes ( $t(474) = 2.882, p = .004$ ), hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula 1, concluyendo que sí existe

diferencia. Los hombres obtuvieron una menor media de ideación suicida ( $M=1.16$ ,  $DE=.35$ ) que las mujeres ( $M= 1.28$ ,  $DE=.52$ ).

Ho2: No existe diferencia significativa en la prevalencia de intentos de suicidio entre hombres y mujeres adolescentes participantes del estudio.

De acuerdo a la prueba t de Student para muestras independientes ( $t(474)= 1.918$ ,  $p=.056$ ), no hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula 2. Tanto los hombres como las mujeres tienen el mismo nivel de prevalencia de intento de suicidio.

Ho3: No existe diferencia de la prevalencia de ideas suicidas entre estudiantes de escuelas públicas y privadas.

De acuerdo a la prueba t de Student para muestras independientes ( $t(474)= .458$ ,  $p=.647$ ), no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula 3, concluyendo que la prevalencia de ideas suicidas es igual entre las escuelas públicas y privadas.

Ho4: No existe diferencia de la prevalencia de intentos suicidas entre estudiantes de escuelas públicas y privadas.

De acuerdo a la prueba t de Student para muestras independientes ( $t(474)= 1.473$ ,  $p=.141$ ), no hay evidencia suficiente para descartar la hipótesis nula 4. Tanto los estudiantes de escuelas públicas como privadas tienen el mismo nivel de prevalencia de intentos suicidas.

Ho5: No existe relación entre el nivel de ideación suicida y el intento de suicidio.

Según la prueba r de Pearson ( $r=.608$ ,  $p=.000$ ) hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula 5, por lo tanto sí existe relación entre la ideación y el intento de suicidio. De hecho la relación es medianamente fuerte, ya que una variable explica de la otra el 36% de la varianza.



Ho6: No existe diferencia significativa de ideación suicida entre estudiantes que viven con ambos padres y los que no.

De acuerdo a la prueba t de Student para muestras independientes ( $t(403) = 1.852, p = .065$ ), no existe suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula 6. Concluyendo que la prevalencia de ideación suicida es igual entre estudiantes que viven con ambos padres y los que no.

Ho7: No existe diferencia significativa de intento suicida entre estudiantes que viven con ambos padres y los que no.

De acuerdo a la prueba t de Student para muestras independientes ( $t(403) = .921, p = .358$ ), por lo que no existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula 7. Concluyendo que la prevalencia de intento de suicidio es igual entre estudiantes que viven con ambos padres y los que no.

## **CAPÍTULO V**

### **RESUMEN, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

En el presente capítulo se discuten y concluyen puntos esenciales de la investigación y se proponen algunas recomendaciones para futuras investigaciones.

#### **Resumen**

Esta investigación presenta la prevalencia de ideación suicida en estudiantes del último grado de preparatoria de seis escuelas del municipio de Montemorelos, así como la frecuencia de intentos suicidas durante el semestre febrero a julio 2014.

En el primer capítulo de esta investigación se muestran los antecedentes, el planteamiento del problema, las hipótesis, la importancia y justificación de conocer la prevalencia de la ideación suicida en adolescentes por ser este fenómeno la antesala del suicidio y porque no se ha encontrado un estudio de esta naturaleza en esta población, las limitaciones y delimitaciones, así como el trasfondo filosófico y la definición de términos más importantes para esta investigación.

En el capítulo dos se presenta una revisión bibliográfica con los planteamientos de diversos autores sobre la conducta suicida, la ideación suicida y el suicidio, mostrando de qué manera se manifiesta este en el mundo, el país y el estado. También podemos ver la prevalencia en ambos sexos y de qué manera se presenta en los adolescentes.

En el capítulo tres describe la metodología en donde se presentan los instrumentos sobre ideación suicida e intento de suicidio usados. Se presenta la operacionalización de las variables, se exponen las hipótesis nulas, así como la población, la manera en la que se recolectaron los datos y como se analizaron estos mismos.

En capítulo cuatro se analizan y describen los resultados obtenidos en esta investigación, describiendo el comportamiento de las variables, las pruebas estadísticas que se utilizaron para aceptar o rechazar las hipótesis nulas y otros hallazgos de estudio.

## **Discusión**

Este estudio ha explorado la prevalencia de ideación suicida, así como los intentos suicidas en adolescentes de seis preparatorias de Montemorelos en el semestre enero a junio de 2014.

La realización de este estudio ha sido de interés para los académicos de los diversos colegios ya que esta problemática se ha hecho de su conocimiento en algunas de estas escuelas; sin embargo, pudo verse que aún es un tema del que cuesta hablar de manera tan abierta. Incluso de manera muy probable no todos los adolescentes se sinceraron y reportaron la ideación suicida por el tabú que todavía implica este tema.

Los hallazgos de esta investigación reportan que uno de cada 10 adolescentes presentó ideación suicida importante, dato que parece estar acorde con el estudio hecho por Duarté, Luaces y Rosselló en 2012 en el que de igual forma reportan que uno de cada 10 adolescentes entre escuelas públicas y privadas en Puerto Rico manifiesta ideación suicida.

En cuestión de género la mayoría de los estudios informan, de manera reiterada, que los pensamientos de suicidio se presenta mayoritariamente en mujeres que en hombres (Sarmiento y Aguilar, 2011; Peltzer y Pengpid publicaron, 2011; Huichapeño y Lachino, 2008). En esta investigación también se encontró que sí existe diferencia significativa en la prevalencia de ideas suicidas entre hombres y mujeres adolescentes.

En el presente estudio se hizo notorio que la diferencia de ideación suicida entre adolescentes que viven con ambos padres y los que no, no fue significativa. Lo mismo aplicó

con el intento suicida a diferencia de los resultados obtenidos por González et al. (1998) en donde no vivir con ambos padres fue una de las variables que incrementaban el riesgo suicida en más de una ocasión. Por otro lado Villalobos (2009) menciona que existe una mayor presencia de ideación e intento suicida en adolescentes de escuelas públicas que en los que pertenecen a las privadas; sin embargo, aunque se pensó que el resultado de la presente investigación sería similar, no fue así ya que no se halló diferencia significativa.

Se recomienda que los profesionales de la salud, los educadores y los padres tomen en cuenta los síntomas de alarma y factores de riesgo del suicidio, con el propósito de evitar en el futuro posibles casos de suicidio (Cañón, 2011); por lo cual es conveniente conocer y detectar aquellos signos más o menos evidentes de ideación suicida que puedan aparecer (de la Torre, 2013), pues como encontró un estudio de significativo alcance a nivel nacional hecho por Pérez et al. en 2010; al incrementarse el número de síntomas de ideación suicida ocurre un aumento progresivo de presentar intento suicida, así como lo reportó también el presente estudio en donde puede notarse que sí existe relación entre la ideación y el intento de suicidio, ya que la relación fue medianamente fuerte.

### **Conclusiones**

Las conclusiones de esta investigación son las siguientes:

1. Se encontró que aproximadamente uno de cada diez adolescentes de esta investigación presenta ideación suicida.
2. Se pudo ver que aproximadamente uno de cada diez adolescentes ha intentado suicidarse al menos en una ocasión.
3. Se comprobó que las mujeres presentan mayor ideación suicida que los hombres.

4. Tanto los hombres como las mujeres tienen el mismo nivel de prevalencia de intento de suicidio.

5. Se comprobó que a mayor ideación suicida mayor probabilidad de intento suicida.

6. No existe diferencia en el nivel de ideación suicida e intento de suicidio entre escuelas públicas y privadas.

7. La ideación suicida y el intento de suicidio se presenta de igual manera entre adolescentes que viven con ambos padres y los que no.

## **Recomendaciones**

Las recomendaciones de este estudio se presentan a continuación:

1. Aplicar encuestas a todos los niveles de preparatoria para conocer en qué grado existe mayor prevalencia de intento e ideación suicida.
2. Ampliar la investigación asociando la ideación suicida y el intento a otras variables como funcionamiento familiar, autoestima, depresión, fracaso escolar, bullying entre otras, ya que es un fenómeno complejo y multifactorial en el que intervienen factores personales, familiares, escolares.
3. Investigar cuáles son los factores que influyen para que se presenten diferencias en el nivel de ideación suicida entre hombres y mujeres.
4. Educar a maestros, directivos de las instituciones y a padres para la identificación de los posibles casos de ideación suicida para que estos a su vez logren derivarlos al psicólogo y de esta manera reciban la ayuda necesaria antes de que un suicidio se consuma.
5. Llevar un registro de intentos suicidas en los hospitales del municipio para poder lograr dar seguimiento y apoyo psicológico a estos pacientes.

## APÉNDICES

**APÉNDICE A: INSTRUMENTOS**

**CUESTIONARIOS DE IDEACIÓN SUICIDA E**

**INTENTO SUICIDA**



## Escalas de ideación suicida

Los presentes cuestionarios forman parte de un proyecto de investigación, toda la información que se proporcione será manejada de forma anónima y confidencial, razón por lo cual no se pide nombre, esto significa que nadie podrá saber que las respuestas son tuyas. Por favor, contesta todas las preguntas de forma completa y honesta. **GRACIAS.**

Escuela: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre\_\_\_\_ Mujer\_\_\_\_

Vives con ambos padres: si\_\_ no\_\_

Las siguientes afirmaciones describen formas en que la gente actúa o se siente. Por favor lee cada una y marca con una “X” el número de días (de 0 a 7) que te sentiste así en la última semana. (Por favor, marca una respuesta para cada inciso, si estás inseguro haz tu mejor estimación).

<b>Durante la semana pasada</b>	<b>0 días</b>	<b>1-2 días</b>	<b>3-4 días</b>	<b>5-7 días</b>
a) No podía “seguir adelante”				
b) Tenía pensamientos sobre la muerte				
c) Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)				
d) Pensé en matarme				

Ahora lee cuidadosamente y marca con una “X” en *nunca, casi nunca, algunas veces* o *muchas veces* según corresponda tu respuesta a cada una de las preguntas.

	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Muchas veces</b>
1. ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?				
2. ¿Has deseado alguna vez estar muerto?				
3. ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?				
	<b>Ningún intento</b>	<b>Un intento</b>	<b>Dos intentos</b>	<b>Tres o más intentos</b>
4. ¿Has intentado suicidarte?				

**¡Gracias por tu cooperación!**

**APÉNDICE B: CARTA DE AUTIRIZACIÓN**

**CARTA DE SOLICITUD DE PERMISO PARA  
APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO**



UNIVERSIDAD DE  
MONTEMORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGIA  
LIBERTAD 1300 PTE.  
APDO. 18. C. P. 87530  
MONTEMORELOS  
NUEVO LEON, MEXICO  
TEL. (828) 283-0900 ext. 712; 713; 714  
FAX (828) 283-2010  
[www.um.edu.mx](http://www.um.edu.mx)

---

A QUIEN CORRESPONDA:



La que suscribe, Dra. Ana Lucrecia Salazar, Directora de la Facultad de Psicología de esta universidad, por este medio hace constar que:

### **Diana Selene Ávila Hernández**

Es alumna en fase culminante con el número de matrícula 1090675 de la Licenciatura en Psicología Clínica, quien actualmente se encuentra su proceso de titulación mediante la elaboración de tesis de licenciatura, por lo cual se solicita su autorización para la aplicación del instrumento de medición para su investigación, en las instalaciones de su Institución.

A petición de la interesada, se extiende la presente, en la Ciudad de Montemorelos, Nuevo León; a los veinticinco días del mes de marzo del año dos mil catorce.

Atentamente,

  
Dra. Ana Lucrecia Salazar  
Directora  
Facultad de Psicología  


## **APÉNDICE C: SALIDAS COMPUTARIZADAS**

### **SALIDAS COMPUTARIZADAS DE LOS ANÁLISIS ESTADÍSTICOS**

## Frecuencias

### Estadísticos

escuela

N	Válidos	476
	Perdidos	0

escuela

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ICF	71	14.9	14.9	14.9
	INTERLINE	17	3.6	3.6	18.5
	IAM	17	3.6	3.6	22.1
	IGES	9	1.9	1.9	23.9
	CETIS	142	29.8	29.8	53.8
	PREPA6	220	46.2	46.2	100.0
	Total	476	100.0	100.0	

## Frecuencias

### Estadísticos

edad

N	Válidos	475
	Perdidos	1

edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	15	1	.2	.2	.2
	16	142	29.8	29.9	30.1
	17	215	45.2	45.3	75.4
	18	84	17.6	17.7	93.1
	19	24	5.0	5.1	98.1
	20	8	1.7	1.7	99.8
	21	1	.2	.2	100.0
	Total	475	99.8	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.2		
Total		476	100.0		

## Frecuencias

N	Válidos	476
	Perdidos	0

### sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	238	50.0	50.0	50.0
	Mujer	238	50.0	50.0	100.0
	Total	476	100.0	100.0	

### Estadísticos

IS

N	Válidos	476
	Perdidos	0

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1.00	293	61.6	61.6
1.25	106	22.3	83.8
1.50	27	5.7	89.5
1.75	16	3.4	92.9
2.00	9	1.9	94.7
2.25	5	1.1	95.8
2.50	4	.8	96.6
2.75	8	1.7	98.3
3.00	2	.4	98.7
3.25	2	.4	99.2
3.50	2	.4	99.6
4.00	2	.4	100.0
Total	476	100.0	

## Frecuencias

### Estadísticos

vive

N	Válidos	405
	Perdidos	71



**vive**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Vive con ambos padres	317	66.6	78.3	78.3
	No vive con ambos padres	88	18.5	21.7	100.0
	Total	405	85.1	100.0	
Perdidos	Sistema	71	14.9		
Total		476	100.0		

## Descriptivos

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
is1	476	1	4	1.36	.611
is2	476	1	4	1.22	.582
is3	476	1	4	1.20	.572
is4	476	0	4	1.12	.479
N válido (según lista)	476				

## Descriptivos

### estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
ss1	476	1	4	1.65	.880
ss2	476	1	4	1.52	.819
ss3	476	1	4	1.31	.695
N válido (según lista)	476				

## Descriptivos

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
ss4	476	1	4	1.18	.575
N válido (según lista)	476				

## Frecuencias

### Estadísticos

is1

N	Válidos	476
	Perdidos	0

is1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0 días	335	70.4	70.4	70.4
1 a 2 días	115	24.2	24.2	94.5
3 a 4 días	22	4.6	4.6	99.2
5 a 7 días	4	.8	.8	100.0
Total	476	100.0	100.0	

## Frecuencias

### Estadísticos

is2

N	Válidos	476
	Perdidos	0

is2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 días	403	84.7	84.7	84.7
	1 a 2 días	53	11.1	11.1	95.8
	3 a 4 días	10	2.1	2.1	97.9
	5 a 7 días	10	2.1	2.1	100.0
	Total	476	100.0	100.0	

## Frecuencias

### Estadísticos

is3

N	Válidos	476
	Perdidos	0

is3

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 días	409	85.9	85.9	85.9
	1 a 2 días	46	9.7	9.7	95.6
	3 a 4 días	12	2.5	2.5	98.1
	5 a 7 días	9	1.9	1.9	100.0
	Total	476	100.0	100.0	

## Frecuencias

### Estadísticos

is4

N	Válidos	476
	Perdidos	0

is4

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1	.2	.2	.2
	0 días	437	91.8	91.8	92.0
	1 a 2 días	24	5.0	5.0	97.1
	3 a 4 días	7	1.5	1.5	98.5
	5 a 7 días	7	1.5	1.5	100.0
	Total	476	100.0	100.0	

## Frecuencias

### Estadísticos

ss1

N	Válidos	476
	Perdidos	0

ss1

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	280	58.8	58.8	58.8
	Casi nunca	96	20.2	20.2	79.0
	Algunas veces	85	17.9	17.9	96.8
	Muchas veces	15	3.2	3.2	100.0
	Total	476	100.0	100.0	

## Frecuencias

### Estadísticos

ss2

N	Válidos	476
	Perdidos	0

ss2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	317	66.6	66.6	66.6
	Casi nunca	85	17.9	17.9	84.5
	Algunas veces	61	12.8	12.8	97.3
	Muchas veces	13	2.7	2.7	100.0
	Total	476	100.0	100.0	

## Frecuencias

### Estadísticos

ss3

N	Válidos	476
	Perdidos	0

ss3

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	382	80.3	80.3	80.3
	Casi nunca	54	11.3	11.3	91.6
	Algunas veces	28	5.9	5.9	97.5
	Muchas veces	12	2.5	2.5	100.0
	Total	476	100.0	100.0	

## Frecuencias

### Estadísticos

ss4

N	Válidos	476
	Perdidos	0

ss4

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ningún intento	426	89.5	89.5	89.5
	Un intento	26	5.5	5.5	95.0
	Dos intentos	14	2.9	2.9	97.9
	Tres o más intentos	10	2.1	2.1	100.0
	Total	476	100.0	100.0	

## Prueba T: Hipótesis 1

### Estadísticos de grupo

sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
IS Hombre	238	1.1649	.35334	.02290
Mujer	238	1.2836	.52814	.03423

### Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
IS Se han asumido varianzas iguales	10.536	.001	-2.882	474	.004	-.11870	.04119	-.19963	-.03776
No se han asumido varianzas iguales			-2.882	413.753	.004	-.11870	.04119	-.19966	-.03773

## Prueba T: Hipótesis 2

### Estadísticos de grupo

	sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
ss4	Hombre	238	1.13	.487	.032
	Mujer	238	1.23	.649	.042

### Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
ss4 Se han asumido varianzas iguales	13.536	.000	-1.918	474	.056	-.101	.053	-.204	.002
No se han asumido varianzas iguales			-1.918	439.746	.056	-.101	.053	-.204	.003

## Prueba T: Hipótesis 3

### Estadísticos de grupo

	Escuela_R	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
IS	Público	362	1.2189	.45149	.02373
	Privado	114	1.2412	.45837	.04293



**Prueba de muestras independientes**

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilatera l)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
								Inferior	Superior	
IS Se han asumido varianzas iguales	.165	.685	-.458	474	.647	-.02231	.04867	-.11793	.07332	
No se han asumido varianzas iguales			-.455	187.133	.650	-.02231	.04905	-.11907	.07446	

**Prueba T: Hipótesis 4**

**Estadísticos de grupo**

Escuela_R	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
ss4 Público	362	1.15	.519	.027
Privado	114	1.25	.723	.068

**Prueba de muestras independientes**

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
								Inferior	Superior	

ss4	Se han asumido	8.890	.003	-1.473	474	.141	-.091	.062	-.212	.030
	varianzas iguales									
	No se han asumido			-1.245	151.40	.215	-.091	.073	-.235	.053
	varianzas iguales				5					

## Correlaciones: Hipótesis 5

### Correlaciones

		IS	ss4
IS	Correlación de Pearson	1	.608**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	476	476
ss4	Correlación de Pearson	.608**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	476	476

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

## Prueba T: Hipótesis 6

### Estadísticos de grupo

vive		N	Media	Desviación tıp.	Error tıp. de la media
IS	Vive con ambos padres	317	1.2027	.42579	.02391
	No vive con ambos padres	88	1.3068	.59176	.06308

### Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tıp. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
IS	Se han asumido varianzas iguales	6.118	.014	-1.852	403	.065	-.10414	.05623	-.21467	.00640
	No se han asumido varianzas iguales			-1.544	113.161	.125	-.10414	.06746	-.23779	.02952

## Prueba T: Hipótesis 7

### Estadísticos de grupo

vive		N	Media	Desviación tıp.	Error tıp. de la media
ss4	Vive con ambos padres	317	1.15	.495	.028
	No vive con ambos padres	88	1.20	.664	.071

**Prueba de muestras independientes**

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
ss4 Se han asumido varianzas iguales	3.760	.053	-.921	403	.358	-.059	.065	-.186	.067
No se han asumido varianzas iguales			-.782	115.151	.436	-.059	.076	-.210	.091

## LISTA DE REFERENCIAS

- Asociación psiquiátrica Americana. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona. Editorial MASSON.
- Awuapara, S. y Valdivieso, M. (2013). Características bio-psicosociales del adolescente. (Spanish). *Odontología Pediátrica*, 12(2), 119-128.
- Bedolla, R., Musacchio, A., & Ramírez, R. (2005). Suicidio en jóvenes. (Spanish). *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 48(2), 54-57
- Beck, A., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1976). Classification of suicidal behaviors. II. Dimensions of suicidal intent. *Archives Of General Psychiatry*, 33(7), 835-837.
- Buendía, J., Buendía Vidal, J., Riquelme, A., Ruiz J.A. (2004). *El suicidio en adolescentes: factores implicados en el comportamiento suicida*. Recuperado de [http://books.google.com.mx/books?id=PLVv4WJEUyKc&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.mx/books?id=PLVv4WJEUyKc&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., Medina, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. (Spanish). *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304.
- Cañón, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. (Spanish). *Archivos de Medicina* (1657-320X), 11(1), 62-67.
- Carreño, L. (2010). Frecuencia de ideación suicida en adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar (tesis de postgrado, Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Veracruz Sur). Recuperada de <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/32302/1/carre%C3%B1o%20perez.pdf>
- Cerda, P. L. (2006). *El suicidio en Nuevo León: Perfil y estudio psicosocial* (Instituto Estatal de las Mujeres - Nuevo León). Recuperado de [http://www.nl.gob.mx/pics/pages/iem\\_publicaciones\\_base/SUICIDIO\\_LIBROI.pdf](http://www.nl.gob.mx/pics/pages/iem_publicaciones_base/SUICIDIO_LIBROI.pdf)
- Chávez, A., Pérez, R., Macías, L., Páramo, D. (2004). Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. *Acta Universitaria*, (14)3, 12-20. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/416/41614302.pdf>
- Cheng, Y., Tao, M., Riley, L., Kann, L., Ye, L., Tian, X., y Chen, D. (2009). Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behavior. *Child: Care, Health & Development*, 35(3), 313-322. doi:10.1111/j.1365-2214.2009.00955.x

- Comité de Consejo de Catalunya en Terapéutica de los Trastornos Mentales. (2005). *RTM-III: Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales*. Recuperado de <http://www.suicidioprevencion.com/pdf/RTM3.pdf>
- Cushman, Judy. (1997). El suicidio: Lo que debes saber. *Diálogo*, 9(1), 7-9, 17. Recuperado de [http://dialogue.adventist.org/articles/09\\_1\\_cushman\\_s.htm](http://dialogue.adventist.org/articles/09_1_cushman_s.htm)
- De la Torre, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Recuperado de [http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo\\_ideacion\\_suicida.pdf](http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf)
- Domènech, E. (2005). Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia. Recuperado de <http://books.google.com.mx/books?id=RLvVz7ueZEQC&printsec=frontcover&dq=ACTUALIZACIONES+en+psicolog%C3%ADa+y+psicopatolog%C3%ADa+de+la+adolescencia&hl=es&sa=X&ei=1FAWU-fOB8WZrgHx14DABA&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=ACTUALIZACIONES%20en%20psicolog%C3%ADa%20y%20psicopatolog%C3%ADa%20de%20la%20adolescencia&f=false>
- Durkheim, E. (1858). El suicidio. Recuperado de [http://www.instituto127.com.ar/Bibliodigital/Durkheim\\_El\\_Suicidio.pdf](http://www.instituto127.com.ar/Bibliodigital/Durkheim_El_Suicidio.pdf)
- García, R.L. y Ramírez, A.J. (2010). *Riesgo suicida y cohesión familiar en estudiantes de la carrera de medicina* (tesis de licenciatura, universidad de oriente, Ciudad Bolívar). Recuperado de <http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2868/1/03-Tesis.RIESGO%20SUICIDA%20Y%20COHESI%C3%93N%20FAMILIAR.pdf>
- Gonzalez, C., Berenzon, S., Tello, A., Facio, D., y Medina, I. M. (1998). Ideación Suicida Y Características Asociadas en Mujeres Adolescentes. (Spanish). *Salud Pública De México*, 40(5), 430.
- González, S., Díaz, A., Ortiz, S., González, C., y González, J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. (Spanish). *Salud Mental*, 23(2), 21.
- Gutiérrez, A. G., Contreras, C. M., y Orozco, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. (Spanish). *Salud Mental*, 29(5), 66-74.
- Hernández, H., Flores, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de Población*, Abril-Junio, 69-101. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11219270004>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010) *Metodología de la investigación* (5ª. Ed.). México: McGraw Hill.

- Huapaya, D. (2010). *Factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to años de secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de Lima* (tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3040/1/huapaya\\_cd.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3040/1/huapaya_cd.pdf)
- Huichapeño, E., Lachino, M.G. (2006). *El funcionamiento familiar de los adolescentes con ideación suicida y otros síntomas asociados* (tesis de licenciatura, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo). Recuperada de <http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/bitstream/123456789/3882/1/ELFUNCIONAMIENTOFAMILIARDELOSADOLESCENTESCONIDEACIONSUICIDAY.pdf>
- Iglesia Adventista del Séptimo Día. (11 de marzo de 2014). Declaraciones oficiales de la iglesia adventista del séptimo día. Recuperado de <http://www.abo.org.ar/web/DeclaracionesOficiales.htm#PrincipiosSobreVidaHum>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2000). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios, cuaderno número 6*. Recuperado de [http://inegi.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/1999/suicidioa.pdf](http://inegi.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/1999/suicidioa.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2013). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/suicidio0.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2013). *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2011*. Recuperado de [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2011/702825047436.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2011/702825047436.pdf)
- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., & Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. (Spanish). *Actas Españolas De Psiquiatría*, 39(4), 226-235.
- Morin, A. (2008). Sin palabras. Notas sobre la inexistencia del término 'suicida' en el latín clásico y medieval. (Spanish). *Circe De Clásicos Y Modernos*, (12), 159-166.
- Moron, P. (1992). *El suicidio*. Recuperado de [http://books.google.com.mx/books?id=YkXpHvT9GXcC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.mx/books?id=YkXpHvT9GXcC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N., Perales, A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, lima 2005. (Spanish). *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública*, 23(4), 239-246.

- Organización Mundial de la Salud. (1969). *Prevención del suicidio* (cuaderno de salud pública n°35). Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/php/WHO\\_PHP\\_35\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_35_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (1999). *Introduction (adapted from: World Health Organization. Figures and facts about suicide. WHO, Geneva, 1999)*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/382.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/382.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275315884\\_chap7\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275315884_chap7_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Informes de los países y las cartas disponibles (México)*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/media/mexi.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/media/mexi.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Prevención del suicidio (SUPRE)*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/)
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS*. Recuperado de [http://www.paho.org/bol/index.php?option=com\\_content&view=article&id=360&catid=667:notas-de-prensa](http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=360&catid=667:notas-de-prensa)
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Día Mundial para la Prevención del Suicidio: En las Américas cada año se quitan la vida más de 60 mil personas*. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8987%3Asuicide-claims-more-than-60000-lives-yearly-in-the-americas-&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8987%3Asuicide-claims-more-than-60000-lives-yearly-in-the-americas-&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=es)
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2012). Suicidal ideation and associated factors among school-going adolescents in Thailand. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 9(2), 462-473. Doi:10.3390/ijerph9020462
- Pérez- Amezcua, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E. E., de Castro, F., Leyva-López, A., & Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. (Spanish). *Salud Pública De México*, 52(4), 324-333.
- Rodríguez, A. M. (2004). El suicidio en la Biblia. *Diálogo*, 16(3), 17. Recuperado de [http://dialogue.adventist.org/articles/16\\_3\\_rodriguez\\_s.htm](http://dialogue.adventist.org/articles/16_3_rodriguez_s.htm)
- Rodríguez, M., Pérez, R., Valdez, E., y Barreras, A. (2012). Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. (Spanish). *Salud Mental*, 35(1), 45-50.



- Rueda, G., Martínez, R., Castro, V., y Camacho, P. (2010). Suicidabilidad en adolescentes, una comparación con población adulta. (Spanish). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(4), 683-692.
- Salvo, G., Melipillán A., Castro S. (2009). Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 47(1), 16-23. Recuperada de <http://www.redalyc.org/pdf/3315/331527715003.pdf>
- Sánchez, J. C., Villarreal, E. M., Musitu, G., & Martínez, B. (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. (Spanish). *Psychosocial Intervention / Intervención Psicosocial*, 19(3), 279-287. doi:10.5093/in2010v19n3a8
- Sarmiento, C., Aguilar, J. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, (21)1, 25-30.
- Sólomon, G. (2009). *Nuestra senda en la salud de la infancia y la adolescencia, programa de trabajo* (Instituto Nacional de Pediatría). Recuperado de [http://www.pediatria.gob.mx/pro\\_trab09.pdf](http://www.pediatria.gob.mx/pro_trab09.pdf)
- Souza, L., Silva, R., Jansen, K., Kuhn, R., Horta, B., & Pinheiro, R. (2010). Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 32(1), 37-41.
- Stewart, G.P., Cutrer, W.R., Demy, T.J., O'Mathúna, D.P., Cunningham, P.C., Kilner, J.F. y Bevington, L.K. (2000). *Preguntas básicas sobre suicidio y eutanasia ¿tendrán razón?* Colombia: Editorial portavoz.
- Tapia, A., y González, 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. (Spanish). *Salud Mental*, 26(6), 35-46.
- Vélez, Y., Lorenzo, L., y Rosselló, J. (2012). Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, autoconcepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. (Spanish). *Puerto Rican Journal of Psychology / Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23(1), 1-17.
- Villardón, L. (2009). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Recuperado de [http://books.google.com.mx/books?id=aGT8y7P56IYC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.mx/books?id=aGT8y7P56IYC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- Villalobos, F. (2009). Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. (Spanish). *Salud Mental*, 32(2), 165-171.

- Villalobos, F. (2010). Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa - PANSI, en estudiantes colombianos. (Spanish). *Universitas Psychologica*, 9(2), 509-520.
- White, E. (2008). Historia de los patriarcas y profetas. Recuperado de <https://egwwritings.org/singleframe.php>
- Wilburn, V., y Smith, D. (2005). Stress, self-esteem, and suicidal ideation in late adolescents. *Adolescence*, 40(157), 33-45.