



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

VICERRECTORÍA EJECUTIVA

SISTEMA UNIVERSITARIO DE BIBLIOTECAS

Biblioteca Digital

La presente tesis es publicada a texto completo en virtud de que el autor ha dado su autorización por escrito para la incorporación del documento a la Biblioteca Digital y al Repositorio Institucional de la Universidad de Guadalajara, esto sin sufrir menoscabo sobre sus derechos como autor de la obra y los usos que posteriormente quiera darle a la misma.



Doctorado Interinstitucional en Psicología

Título:

Factores protectores de la ideación suicida en estudiantes universitarios del Estado de Coahuila

Karla Patricia Valdés García
Universidad de Guadalajara

Director de tesis:
Dr. Luis Miguel Sánchez Loyo

Co-director:
Dr. Ferrán Padrós Blázquez

Lectoras:
Dra. Alicia Edith Hermsillo de la Torre
Dra. Norma Alicia Rubalcaba Romero

Enero 2023

Índice

<i>Agradecimientos</i>	4
<i>Dedicatoria</i>	6
<i>Introducción</i>	7
<i>Antecedentes</i>	12
<i>Marco Teórico</i>	15
<i>Capítulo 1. Definición y Clasificación de los Comportamientos Suicidas</i>	17
<i>Capítulo 2. Epidemiología</i>	19
<i>Cifras en México</i>	20
<i>Capítulo 3. Factores de Riesgo y Protectores Asociados al Suicidio</i>	24
<i>Factores de Riesgo</i>	25
<i>Factores de Riesgo Individuales.</i>	25
<i>Factores de Riesgo Relacionales.</i>	29
<i>Factores de Riesgo Sociales.</i>	30
<i>Factores Protectores</i>	31
<i>Factores Protectores Individuales.</i>	32
<i>Factores Protectores Relacionales.</i>	33
<i>Factores Protectores Sociales.</i>	33
<i>Disfrute, Gaudibilidad y Buen trato, su relación con los comportamientos suicidas</i>	34
<i>Disfrute experimentado.</i>	35
<i>Gaudibilidad.</i>	37
<i>Buen trato.</i>	41
<i>Capítulo 4. Modelos Explicativos</i>	44
<i>Capítulo 5. Psicología Positiva</i>	55
<i>Planteamiento del Problema</i>	60
<i>Justificación</i>	64
<i>Objetivo General</i>	66
<i>Objetivos Específicos</i>	66
<i>Preguntas de Investigación</i>	67
<i>Hipótesis</i>	68
<i>Método</i>	69
<i>Diseño de Investigación</i>	69
<i>Descripción de los Participantes</i>	69
<i>Muestra</i>	70

Procedimiento de Aplicación.....	71
<i>Instrumentos</i>	72
<i>Aspectos Éticos.....</i>	75
<i>Resultados.....</i>	77
Diferencias de los factores protectores en estudiantes de la UAdeC con y sin ideación suicida	79
Diferencias por sexo en factores de protección en estudiantes de la UAdeC con y sin ideación suicida.	85
Correlación entre la edad y los factores de protección en estudiantes de la UAdeC con y sin ideación suicida.	91
Modelo explicativo sobre los factores de protección para la ideación suicida de estudiantes de la UAdeC.	92
<i>Discusión</i>	96
<i>Conclusiones.....</i>	108
<i>Referencias</i>	110
<i>ANEXO A. Escala para medir el disfrute experimentado en adultos EDEA.....</i>	151
<i>ANEXO B. Escala de Gaudibilidad.</i>	152
<i>ANEXO C. Escala de Buen Trato Percibido</i>	155
<i>ANEXO D. Escala de Ideación Suicida de Roberts y Chen.</i>	158
<i>ANEXO E. Presentación y consentimiento informado</i>	159

Agradecimientos

Agradezco a todas las personas que hicieron y hacen posible la oferta académica del Doctorado Interinstitucional en Psicología, a las Universidades que en conjunto participan en el programa y muy especialmente a la Universidad de Guadalajara, a su personal académico y administrativo, por todo su apoyo y acompañamiento durante estos años, me siento honrada de haber estado adscrita a esta prestigiosa Universidad en mis estudios de doctorado, tener el privilegio de considerarla como mi alma máter.

Así mismo agradezco a las y los coordinadores del doctorado de cada Universidad, principalmente al Dr. Rubén Soltero, coordinador de la UdeG y a cada uno de los doctores y doctoras que me impartieron clases en los diferentes seminarios pues su generosidad al compartir sus conocimientos que fueron de un gran enriquecimiento profesional y personal.

Al Dr. Luis Miguel Sánchez Loyo, por su paciente acompañamiento, por sus enseñanzas de vida, por su apoyo en momentos de dificultad y su motivación a seguir adelante en cada etapa de mis estudios, más que un director de tesis es para mí un modelo de trabajo e inspiración y espero seguir teniendo el placer de trabajar en proyectos futuros con un hombre como Usted.

Al Dr. Ferrán Padrós Blázquez, mi co-directore incansable, gracias por cada asesoría, por cada corrección, por su escucha y consejos, gracias por cada lágrima que me hizo derramar pero que también estuvo ahí para darle la orientación y fuerza para no decaer, gracias por confiar en mi desde el principio y trabajaré arduamente para seguir su ejemplo y calidad profesional.

A la Dra. Alicia Edith Hermsillo, agradezco por sus cuestionamientos y críticas, así como por su cálido acompañamiento durante toda la tesis, gracias por ser una amiga

cuando era necesario y una dura crítica cuando el objetivo era mejorar el proyecto y crecer como persona.

A la Dra. Norma Alicia Ruvalcaba por su guía y orientación y por adentrarme en el área de la psicología positiva, la cual seguiré estudiando y utilizando en mi futura práctica profesional y clínica.

Agradezco a la Universidad Autónoma de Coahuila, a los funcionarios y funcionarias que me apoyaron económica, laboral y personalmente a poder culminar mis estudios de doctorado, particularmente agradezco al Rector el Ing. Salvador Hernández Vélez, al Oficial Mayor el Dr. Luis Gutiérrez Flores, al Director de Asuntos Académicos al Lic. Daniel Garza Treviño, al Tesorero el C.P. Jorge Alanís Canales, al Coordinador General de Relaciones Internacionales al Mtro. Juan Manuel Morales Santoyo y al director de Planeación al Dr. Jesús Alberto Montalvo Morales.

Finalmente quiero agradecer al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el reconocimiento que otorga al programa y por el apoyo durante el último semestre con la beca económica para mis estudios de doctorado.

Dedicatoria

Los logros en la vida siempre son compartidos y se alcanzan gracias a muchas personas, y por eso quiero dedicar y agradecer en primer lugar, a la persona que me sostuvo día a día en todos los sentidos, antes, durante y después de los años de estudio del doctorado, a quien es mi compañera, mi amiga, mi soporte, mi motor y mi compañera en esta vida, te debo entre muchas otras cosas el haber alcanzado este sueño, muchas gracias, Yuriria Alejandra Valdez Heredia.

Dedico también esta tesis a mis padres, Vicente Javier Valdés Dávila y Patricia Eugenia García Guerra, que siempre me han apoyado en todo mi desarrollo personal y de formación académica, quiero agradecerles y reconocerlos como mi gran ejemplo de trabajo, esfuerzo, dedicación y fuerza.

A mis amigas y amigos de la octava generación del Doctorado Interinstitucional: Fabian, Felipe, Irene, Katia, Laura, Luz Adriana, Mariana, Oscar, Rosa Elena y Stepanie, gracias por que sin su apoyo y ayuda el camino no hubiera sido tan divertido y tan reconfortante, gracias por permitirme conocerles y compartir con Ustedes más allá de lo académico.

Gracias a todos los integrantes de mi familia biológica y adoptiva (incluidos los perritxs, gatitxs y totopo), a mis amigas y amigos, a mis colegas y compañeros de la Universidad, la Facultad, de relaciones internacionales, la subdirección de superación académica y de CAPSII, gracias por estar, por entender y por apoyarme en todo este proceso, con cada una y uno de Ustedes comparto este logro.

Introducción

El suicidio en 2019 fue la cuarta causa de muerte entre personas de 15 a 29 años en el mundo (OMS, 2021b). Los datos epidemiológicos y prevalencias de los comportamientos suicidas reportan variaciones entre países, grupos de edad, género, culturas, etc. y es considerado un problema de salud pública complejo, multifactorial, dinámico e influido por la interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales (Navas, 2013; Hjelmeland et al., 2018a; Arroyo y Herrera, 2019).

En primer lugar, en esta tesis se abordan algunos antecedentes sobre estudios enfocados en analizar factores de riesgo y protectores asociados al suicidio, encontrando una diversidad de estos, diferencias en el impacto que tiene según la edad y sexo de los grupos estudiados, un énfasis en el análisis de factores de riesgo y la presencia simultánea e interactiva de dichos factores. Además, no se encontraron estudios que analizaran la ideación suicida con las variables de disfrute experimentado, gaudibilidad y buen trato, en las cuales se enfocó la presente investigación.

Se revisaron dentro del marco teórico las definiciones conceptuales de los comportamientos suicidas y su clasificación, para diferenciar y especificar las características de la ideación suicida, la cual es considerada como pensamientos sobre quitarse la vida, y que fue el comportamiento suicida en el cual se enfocó la presente investigación.

Posteriormente se presenta información sobre algunos datos epidemiológicos del suicidio a nivel mundial, resaltando el reporte de 703,000 suicidios en el 2019 (OMS, 2021b). En México en el 2021 el INEGI (2022) reportó 8,351 suicidios y específicamente

en el Estado de Coahuila, en dónde se llevó a cabo el estudio en este mismo año, se contabilizaron 302 muertes por suicidio ubicando al estado en el 9º lugar según las tasas por suicidio (INEGI, 2022).

En el tercer capítulo se presenta información sobre algunos factores de riesgo y más ampliamente sobre factores protectores asociados al suicidio. Asimismo, se profundiza en las tres variables del estudio – disfrute, gaudibilidad y buen trato – y su relación con variables asociadas a los comportamientos, como la anhedonia, soledad, creencias irracionales, falta de pertenencia, incomodidad en la expresión de las emociones, etc. debido a que la relación entre las variables estudiadas y la ideación suicida no ha sido reportada.

El cuarto capítulo presenta información general de algunos modelos explicativos de la conducta suicida, entre los que se pueden resaltar el modelo integral motivacional – volitivo de la conducta suicida de O’Connor, la teoría interpersonal del suicidio de Joiner y el modelo biopsicosocial de riesgo suicida de Turecki. Dicha revisión buscó ampliar la comprensión y análisis de algunos factores de riesgo y protección de los comportamientos suicidas.

Para terminar el apartado del marco teórico se revisan conceptos generales de la psicología positiva, ya que desde dicho enfoque sustenta el estudio de características y rasgos positivos para el desarrollo del bienestar psicológico y el equilibrio emocional. Este capítulo cobra relevancia ya que el estudio se enfocó en el análisis de factores protectores de la ideación suicida y el presentar información sobre el impacto de algunas variables, como el desarrollo de habilidades, calidad de vida, funcionamiento social, entre otras que se ha estudiado que pueden incidir en la disminución de ciertos riesgos para la presencia de

ideación suicida (Kelliher-Rabon et al., 2018) es importante para el sustento teórico del proyecto.

En el planteamiento del problema y la justificación se establecen las premisas empíricas, teóricas, datos epidemiológicos y objetivos de organismos nacionales e internacionales que dan cuenta de la complejidad de los comportamientos suicidas, la prevención y atención que se brinda a grupos vulnerables, para llegar al objetivo general que es analizar los factores protectores de disfrute experimentado, la gaudibilidad y el buen trato en cuanto a su relación con la ideación suicida en jóvenes universitarios de la Universidad Autónoma de Coahuila, buscando responder ¿en qué medida se presentan estos factores? ¿si existen diferencias por sexo y edad entre ellos? Y si es posible desarrollar un modelo que explique las interacciones entre dichos factores y la ideación suicida en jóvenes universitarios.

El objetivo del proyecto fue analizar los factores protectores en la ideación suicida de jóvenes universitarios del Estado de Coahuila, para lo que se desarrolló una investigación no experimental, por la ausencia de control de las variables, desde un enfoque cuantitativo, en una recolección transversal y con una muestra no aleatoria de 1,355 participantes voluntarios de entre 18 a 29 años. La estrategia fue asociativa y predictiva con el fin de analizar la relación entre las variables estudiadas para la predicción de la ideación suicida (Ato et al., 2013). El proyecto fue aprobado por el comité de Bioética de la Facultad de Medicina en la Unidad Torreón en el *Ethical Clearance Certificate* con número de referencia C.B/01-03-22.

Se generó una batería con preguntas sociodemográficas y cuatro instrumentos la escala para medir el Disfrute Experimentado en Adultos (Padrós y Martínez, 2021), Escala de Gaudibilidad (GSAM) (Padrós-Blázquez et al., 2021b), la Escala de Buen Trato en

adultos mexicanos (Ruvalcaba-Romero et al., 2018) y Escala de Ideación Suicida (Roberts y Chen, 1995).

En cuanto a los resultados obtenidos se utilizó estadística no paramétrica por las características de la distribución de las puntuaciones en la muestra y por el nivel de medición de las variables. Se compararon los factores protectores en los y las participantes que reportaron tener ideación suicida en los últimos 12 meses y en los últimos 6 días y aquellos que no lo reportaron y se identificaron diferencias significativas en todas las variables, excepto en las variables de consideración, imaginación y expresión de afecto.

Los resultados analizados comparando los grupos de participantes con y sin ideación suicida y divididos por sexo identificaron más diferencias significativas en las mujeres en comparación con los hombres en los factores protectores analizados. En el caso de los hombres las variables que no reportaron diferencias significativas fue la imaginación, consideración, amabilidad, expresión de afecto, disfrute en soledad y sentido del humor.

También se realizaron correlaciones de Spearman para analizar si la edad tenía relación con los factores protectores estudiados y se encontraron diferencias significativas solo en el disfrute en soledad que se incrementó con la edad y el sentido del humor que reportó una correlación inversa con la edad.

Por último, en el apartado de los resultados se realizó una regresión logística binomial para la ideación suicida en los últimos 12 meses encontrando que las variables de creencias irracionales, interés, concentración, disfrute, buen trato recibido, consideración, expresión de afecto y buen trato autogenerado físico predecían entre el 24.9% y el 37% de la presencia de ideación suicida. Asimismo, se realizó el mismo análisis para analizar la ideación suicida en los últimos 7 días y se encontró que las mismas variables con excepción

del interés y la expresión de afecto predecían entre un 15.9 y un 32.2% de la ideación suicida en la muestra.

Posteriormente, se discute que en este estudio los participantes con puntuaciones más altas en las escalas de gaudibilidad, disfrute y buen trato reportaron menos probabilidades de presentar ideación suicida en los últimos 12 meses y 7 días.

Posteriormente se contrastan los resultados obtenidos en cada una de las subescalas, las posibles explicaciones para las diferencias por sexo que se identificaron, en dónde se encontró más variables significativas en las mujeres que en los hombres lo cual puede relacionarse con aspectos culturales y diferencias de roles sexuales, lo cual tiene implicaciones relevantes para las intervenciones enfocadas en la prevención de los comportamientos suicidas. Asimismo, se aborda la poca relevancia de la edad, posiblemente asociado al rango de edad que no fue tan grande y las implicaciones que podrían tener los modelos de regresiones logísticas binomiales las cuales reportan r^2 no muy grandes y que esto puede implicar que los factores protectores tienen una mayor influencia en la disminución de los factores de riesgo, como la depresión, desesperanza, etc. más que directamente con la ideación suicida.

En este apartado, también se presentan las principales limitaciones del estudio entre las que se encuentran no haber incluido en el análisis los factores de riesgo, el tipo de estudio y muestra, el contexto post-pandémico en el que se llevó a cabo y la necesidad de incluir factores de riesgo en futuros estudios, para su contrastación y análisis con los factores protectores.

Se concluye que, el desarrollar las capacidades de disfrute, e incidir en los moduladores de la gaudibilidad y el buen trato podrían generar cierta protección ante la ideación suicida en jóvenes universitarios.

Antecedentes

El estudio de los factores que pueden incrementar o disminuir el riesgo de comportamientos suicidas en diferentes grupos de la población ha sido uno de los objetivos en los que se ha enfocado la investigación que busca entender los comportamientos suicidas.

Los factores de riesgo han sido ampliamente estudiados. Entre los más frecuentes podemos encontrar los trastornos psicopatológicos como la depresión (Asfaw et al., 2020; Huang y Wang, 2019; Pompili et al., 2016; Stefa-Missagli et al., 2020; Zapata y Betancourth, 2020); trastornos de ansiedad (Lew et al., 2019; Seidu et al., 2020); abuso de alcohol y drogas (Fraser et al., 2015; Mc Lean et al., 2008); el trastorno límite de la personalidad (Aouidad et al., 2020; Kaurin et al., 2020; Yen et al., 2021); la esquizofrenia (Ran et al., 2020; Zaheer et al., 2020); el trastorno bipolar (Dong et al., 2020; Miller y Black, 2020) por mencionar algunos.

También se correlaciona los comportamientos suicidas con variables como la desesperanza (Miranda-Mendizábal et al., 2019a; Taliaferro y Muehlenkamp, 2014); distrés o presión (Arora et al., 2020; Kim y Cha, 2018; Lew et al., 2020b); antecedentes de dificultades a lo largo del ciclo vital (Kaslow et al., 2005; Wang et al., 2011); ser sobreviviente de violencia (Akter y Deeba, 2020); tener intentos de suicidio previos (McLean et al., 2008); antecedentes de autolesiones (Kumar, 2012); impulsividad (Park et al., 2020), entre otros.

Además, tener enfermedades físicas como epilepsia (Ding et al., 2019; Harnod et al., 2018), cáncer (Henson et al., 2019; McFarland et al., 2019; Siracuse et al., 2017) o

enfermedades crónicas (Gürhan et al., 2019), se ha encontrado que incrementan el riesgo de morir por suicidio.

En la actualidad no se puede dejar de lado las implicaciones y afectaciones generadas por la pandemia de COVID-19, ya que se han reportado incrementos en diversas psicopatologías y otros factores de riesgo de los comportamientos suicidas (González-Sanguino et al., 2020; Mazza et al., 2020; Salari et al., 2020; Tasnim et al., 2020).

Por otra parte, se han estudiado los factores de protección de comportamientos suicidas. Se considera que cuando estos factores están desarrollados en mayor medida, existen menos comportamientos suicidas. Entre estos se ha mencionado las habilidades de afrontamiento activo (Lew et al., 2020a; McLafferty et al., 2019), contar con razones para vivir, (Lew et al., 2019; Ong y Thompson, 2019), elevada autoestima (Owusu-Ansah et al., 2020; Prihadi et al., 2020), alta resiliencia (Kim y Cha, 2018; Parker et al., 2020) y elevados niveles de bienestar subjetivo (Owusu-Ansah et al., 2020).

Otros factores protectores reportados en la literatura son la orientación hacia la felicidad (Lew et al., 2019), contar con pensamientos positivos (Matel-Anderson et al., 2019), tener esperanza y optimismo (Clement et al., 2020), poseer salud física (McLean et al., 2008) y mental (Bruns y Letcher, 2018; Teismann et al., 2018), contar con redes de apoyo (Kim y Cha, 2018; Matel-Anderson et al., 2019; Parker et al., 2020; Seidu et al., 2020; Siegmann et al., 2017; Zapata y Betancourth, 2020), practicar una religión (Assari et al., 2018; De Berardis et al., 2020), contar con estabilidad económica (McLean et al., 2008), o tener relaciones positivas en la infancia (Blasco et al., 2019).

Algunos investigadores consideran que los factores protectores se establecen en función de la adaptación (Kim y Cha, 2018; Wang et al., 2011) y regulación emocional (Ong y Thompson, 2019) con la que cuenta una persona, que esto es lo que disminuye la

probabilidad de presentar comportamientos suicidas. En ocasiones estos factores protectores se plantean como la contraparte de los factores de riesgo (Siegmann et al., 2017).

En general se considera que los factores de riesgo y protección no son estáticos, únicos, universales y generalizables a todas las poblaciones. Un ejemplo de ello se observa en grupos indígenas en donde se han encontrado factores protectores específicos para dichas poblaciones como el practicar la cacería (Fraser et al., 2015; Parker et al., 2020). También la edad y sexo parecieran ser variables que pueden determinar diferencias entre factores protectores y de riesgo (Miranda-Mendizábal et al., 2019a; Owusu-Ansah et al., 2020).

Además, una variable puede caer en ambas categorías, es decir ser un factor de riesgo y protección. Como ejemplo de lo anterior podemos mencionar la exposición al suicidio, que se ha estudiado tanto como factor de riesgo (Mueller et al., 2015), como factor protector (McLean et al., 2008).

Desde la Psicología Positiva se han desarrollado investigaciones para identificar factores de riesgo y protección (Bravo et al., 2018; Bravo-Andrade et al., 2019; Bravo-Andrade et al., 2020) y propuestas de intervención (Bahamon, 2019; Galarza, 2016; Gamarra et al., 2016) con el objetivo de buscar desarrollar los factores de protección, habilidades e incrementar el bienestar emocional de las personas todo lo anterior desde la promoción de la salud.

Sin embargo, la identificación de los factores de protección de los comportamientos suicidas no se puede considerar un tema agotado, se requiere de la generación de evidencia científica para robustecer el conocimiento de la influencia de estas y otras variables de protección aún no estudiadas.

Marco Teórico

El suicidio ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad y su estudio se ha desarrollado desde diferentes concepciones y posturas (Amador, 2015; Bilbao et al., 2016). Para algunas culturas, el suicidio formaba parte de expresiones culturales *aceptables*, entre estas se pueden mencionar los rituales del suicidio samurai –seppuku o harakiri– en Japón (Andrade, 2012). En otros contextos históricos fue catalogado como un acto inaceptable, por ejemplo, en Grecia antigua se veía como indigno y se amputaban partes del cadáver como castigo, o en la edad media algunos grupos religiosos lo consideraban un pecado equivalente al homicidio (Daray et al., 2016).

También, el suicidio, ha sido estudiado desde diferentes posturas epistemológicas que buscan comprender y analizar el fenómeno. De forma breve y general, se pueden mencionar trabajos clásicos como el de Burton en 1621, que presentaba una visión clínica, asociando el suicidio con la depresión; en 1790 Moore, presentó un análisis de familias con tendencia al suicidio, enfatizando el componente genético (Pérez, 2016); y en 1897 Durkheim estudió el suicidio desde una postura sociológica (Quintanar, 2007).

El estudio del suicidio a lo largo del tiempo, las culturas y las sociedades ha sido cuantioso, sin embargo, aún existen aspectos en los cuales no existe consenso entre los investigadores, aún quedan interrogantes sobre algunos procesos psicológicos y factores que inciden en la decisión de quitarse la vida por lo que los debates en torno al tema continúan (Hjelmeland et al., 2018b; Millner et al., 2020). Entre las principales razones, para continuar con su estudio, son las secuelas sociales, familiares y personales que deja un suicidio (Bilbao et al., 2016).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017, 2018, 2019, 2020 y 2021b), el suicidio en los últimos años se ha colocado dentro de las primeras causas de muerte en personas de 15 a 29 años y en 2019 el 77% de los suicidios ocurrieron en países de ingresos medios y bajos (OMS, 2021b; Navarrete et al., 2019).

Una de las mayores interrogantes en el estudio del suicidio es determinar el origen de atentar contra la propia vida, según algunos estudiosos, este podría encontrarse en buscar terminar con el dolor emocional experimentado, el cual se considera insoportable e irresoluble viendo la muerte como la solución (Arroyo y Herrera, 2019; Echeburúa, 2015; Vargas et al., 2017; Villar-Cabeza et al., 2018).

En la actualidad se considera el suicidio como un fenómeno complejo, dinámico e influido por la interacción entre factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales (Navas, 2013; Hjelmeland et al., 2018a; Arroyo y Herrera, 2019). Dada esta complejidad y multifactorialidad de los comportamientos suicidas a continuación, se presenta información teórica que permita una comprensión más amplia del fenómeno.

Capítulo 1. Definición y Clasificación de los Comportamientos Suicidas

El suicidio es conceptualizado como un acto deliberado y voluntario por el que una persona acaba con su vida (OMS, 2014; Barroso, 2019). Sin embargo, la muerte por suicidio es solo uno de los componentes de la gama de comportamientos suicidas.

Por otra parte, el intento de suicidio es considerado una acción específica con la intención de quitarse la vida pero que no logra su objetivo (Barroso, 2019). Se ha estimado que los intentos de suicidio en cuanto a su prevalencia oscilan entre diez a cuarenta veces más que la muerte por suicidios (López, 2017; OMS, 2017; Goñi-Sarriés et al., 2019).

Algunas investigaciones han encontrado evidencia de características comunes entre personas con ideación, intentos y quienes mueren por suicidio, también se han reportado variables que se manifiestan de forma distinta en estos grupos de ideación, intento y suicidio. Estas semejanzas y diferencias han sido difíciles de estudiar por diversas razones, por ejemplo, debido a la escasa información sobre los intentos de suicidio, o la validez y confiabilidad de los datos recabados sobre muertes por suicidio (Martins et al., 2016; Goñi-Sarriés et al., 2019).

Se han desarrollado diferentes clasificaciones y nomenclaturas a lo largo del tiempo respecto de los comportamientos suicidas y conductas auto-lesivas. Una de ellas es la propuesta por Turecki et al. (2019) que divide y define los comportamientos suicidas de la siguiente forma:

- Suicidio: como la conducta en la que intencionalmente se termina con la propia vida.
- Intento de suicidio: conductas auto lesivas no fatales, en donde se infiere o se comprueba el intento de quitarse la vida.

- Conductas suicidas: conductas que pueden tener como resultado el terminar con la propia vida, pero estas conductas pueden ser fatales o no. Este concepto excluye la ideación suicida.
- Ideación suicida: cualquier tipo de pensamientos sobre quitarse la propia vida. Este puede ser clasificado como activo cuando existe una planeación clara de cómo realizar el suicidio; o pasivo cuando solo se presentan pensamientos asociados al deseo de morir.
- Autolesiones: conductas autolesivas con o sin un intento de morir. Este concepto no distingue entre los intentos de suicidio y las conductas no suicidas autolesivas.
- Autolesiones no suicidas: comportamientos autolesivos que no tienen la intención de provocar la muerte.

Al señalar cada uno de los diferentes elementos que se incluyen dentro del comportamiento suicida, desde las ideas de muerte hasta la muerte por suicidio, se puede dimensionar de forma más clara la complejidad y amplitud del fenómeno.

Para profundizar más en la prevalencia y en función de variables sociodemográficas, se presentarán a continuación datos epidemiológicos sobre el suicidio partiendo de datos mundiales para terminar en la información particular del Estado de Coahuila.

Capítulo 2. Epidemiología

La caracterización epidemiológica del suicidio amplía la comprensión del fenómeno y sirve como base, para el desarrollo de estrategias de prevención contextualizadas a poblaciones específicas (Velázquez-Vázquez et al., 2019), debido a que se han encontrado características y algunos patrones sociodemográficos en diferentes regiones, países y culturas del mundo (Pereira y Cardoso, 2019; Velázquez-Vázquez et al., 2019).

Según la OMS (2021b) en 2019, 703,000 personas en el mundo se quitaron la vida, y por las elevadas cifras reportadas en las últimas décadas el suicidio se ha catalogado como un problema de salud pública de proporciones epidémicas (Rangel-Garzón et al., 2015; Velázquez-Vázquez et al., 2019; OMS, 2019).

En 2019 las tasas de muerte por suicidio globales oscilaron entre menos de dos personas a más de 80 por cada 100,000 habitantes, la tasa mundial se colocó en 9 por cada 100,000 (OMS, 2021a). Y en el continente americano, las tasas de suicidio estandarizadas por edad se han incrementado de manera lenta pero constante desde el 2000 hasta el 2019 (OMS, 2021a). Específicamente en América Latina, en el mismo año, los países reportaron tasas que iban de 0.3 hasta 40.3 (OMS, 2021a).

Las tasas de suicidio son mayores en hombres, en comparación con las mujeres, en la región donde esta diferencia es menor es en el sureste asiático y en general en los países de ingresos medios y bajos la diferencia por sexo es menor (OMS, 2021a). Estas diferencias por sexo varían también según la edad, entre menor sea la edad la cantidad de suicidios en hombres y mujeres es más semejante entre sí (OMS, 2019; Yu y Chen, 2019).

El 77% de los suicidios en el mundo se dan en países de ingresos medios y bajos, principalmente en jóvenes y adolescentes (Gerstner et al., 2018; Vargas et al., 2019; Yu y

Chen, 2019). El 88% de los suicidios en adolescentes residían en estos países (OMS, 2021a), y según cifras mundiales el grupo etario de 15 a 29 años es considerado vulnerable para la muerte por suicidio (Román y Abud, 2017; OMS, 2021a; Villar-Cabeza et al., 2018).

En contra parte, la ideación e intentos de suicidio son más frecuentemente reportados por mujeres (Barroso, 2019; Hernández-Vázquez et al., 2016; López, 2017; López, 2019; Martínez y Robles, 2016; Moreno-Carmona et al., 2017; Pereira y Cardoso, 2019).

Aunque es importante resaltar que, en cuanto a los intentos de suicidio, no se cuentan con cifras precisas, pero se ha investigado sobre su mayor prevalencia en comparación con la muerte por suicidio. La falta de datos exactos se atribuye a que, en algunos casos, los intentos de suicidio, ni siquiera son del conocimiento de la familia o personas cercanas a quien lo realiza y por lo tanto existe una sub-notificación (Goñi-Sarriés et al., 2019; López, 2017; Martins et al., 2016; OMS, 2018c; Vargas et al., 2019).

Cifras en México

La tasa de mortalidad por suicidio en México en 2021 se ubicó en 11, lo que representa un total de 8,447 muertes por suicidio (INEGI, 2022). Esta cifra ubica al país por debajo de la media para el continente. Sin embargo, se ha observado un incremento lento pero sostenido en la tasa de muertes por suicidio durante las últimas décadas (INEGI, 2022).

En México, los jóvenes y adolescentes son considerados un grupo de alto riesgo por el elevado número de muertes por suicidio en esta edad (Vallejo-Casarín et al., 2016). En 2021, el rango de edad con mayor cantidad de muertes fue la de 25 a 34 años, con 2,305 muertes, 1,930 de hombres y 375 de mujeres, seguido del rango de edad de 15 a 24 años

con 2,065 muertes, 1,515 de hombres y 550 de mujeres; entre estos dos rangos de edad se ubicaron el 51.8% del total de suicidios en el año 2021 (INEGI, 2022).

Según datos reportados por el INEGI (2019a, 2021b y 2022) la distribución de suicidios en los años 2000, 2017, 2018, 2020 y 2021 por estados presentó un incremento en la cantidad de muertes por suicidio. Los estados con más altas tasas de suicidio en 2021 fueron Chihuahua (15.2), Yucatán (14.5), Aguascalientes (12.0), Campeche (11.7) y Sonora (11.0). Coahuila, se ubicó en el lugar 9 entre los estados con una tasa de suicidio de 9.1 (INEGI, 2022).

En cuanto al número de suicidios cometidos en las últimas décadas se puede observar el incremento reportado en la información presentada en la Tabla 1 con datos de 5 años entre el 2000 y el 2021.

Tabla 1

Muertes por suicidio por estado en 2000, 2017, 2018, 2020 y 2021

<i>Estado</i>	<i>Total por año</i>				
	2000	2017	2018	2020	2021
Total	3, 475	6,559	6,808	7,896	8,447
Aguascalientes	31	139	140	184	180
Baja california	93	189	208	108	131
Baja california sur	34	48	59	70	63
Campeche	63	74	70	72	112
Coahuila de zaragoza	100	198	212	275	302
Colima	35	48	52	55	77
Chiapas	74	265	147	208	253

Chihuahua	229	409	377	548	576
Ciudad de México	341	301	228	447	343
Durango	49	128	121	120	140
Guanajuato	180	496	512	502	449
Guerrero	68	71	64	53	42
Hidalgo	62	115	112	135	195
Jalisco	296	672	656	680	775
México	189	557	572	832	937
Michoacán de Ocampo	142	202	247	381	333
Morelos	36	75	93	114	170
Nayarit	23	80	68	93	95
Nuevo león	144	269	327	367	421
Oaxaca	76	128	144	210	187
Puebla	108	305	320	349	360
Querétaro	42	143	139	201	237
Quintana roo	55	137	127	179	175
San Luis Potosí	109	196	205	262	280
Sinaloa	73	165	137	121	179
Sonora	131	276	278	319	348
Tabasco	169	107	142	119	112
Tamaulipas	138	171	167	178	212
Tlaxcala	13	55	53	56	66
Veracruz de Ignacio de la Llave	218	219	247	283	245

Yucatán	105	196	236	246	342
Zacatecas	35	112	100	129	130
En el extranjero	14	0	SD	SD	SD
No especificado	SD	13	248	SD	SD

Nota. Se retoman datos de INEGI, 2019a, 2021b y 2022. Las siglas SD corresponden a la leyenda *Sin dato reportado en la fuente*.

Según la tabla anterior se puede observar que en el 2021 el Estado de México (937 casos), Jalisco (775) y Chihuahua (576) reportaron la mayor cantidad de muertes por suicidio (INEGI 2022).

En el estado de Coahuila se ha observado el incremento de las muertes por suicidios de forma constante en las últimas décadas. En 2000, se registraron 100 suicidios (INEGI, 2019c); en 2011, 169 (INEGI, 2013); en 2015, 177; en el 2016, 191 (Procuraduría General de Justicia del Estado de Coahuila [PGJEC], 2017; INEGI, 2018); en 2017 se contabilizaron 198 suicidios; en 2018, 212 (INEGI, 2019b), en 2019, 271 (INEGI, 2020), en 2020 se reportaron 275 suicidios en el Estado (INEGI, 2021b) y en el 2021 se tuvo un total de 302 suicidios (INEGI, 2022).

Las cifras y tasas antes referidas pueden mostrar un panorama de la dimensión del problema a nivel mundial, nacional y estatal. Sin embargo, es importante también abordar los factores que favorecen que una persona presente conductas suicidas, y aquellos factores que pueden prevenir el suicidio y promover la estabilidad emocional en las personas. En el siguiente capítulo se abordan de manera más amplia los factores asociados al suicidio, tanto de riesgo como de protección.

Capítulo 3. Factores de Riesgo y Protectores Asociados al Suicidio

Los factores asociados al suicidio se han clasificado como de riesgo, cuando su presencia es frecuente en personas que han muerto, intentado o que reportan tener ideación suicida.

Como contraparte de estos, los factores protectores son aquellas características, aptitudes o elementos que se encuentran en las personas que no tienen presencia de comportamientos suicidas o que, después de tener comportamientos suicidas, el desarrollar estos factores han resultado efectivos para prevenir que la persona vuelva a presentar dichos comportamientos.

Estos factores se han clasificado de diversas maneras, por ejemplo, biológicos, individuales, emocionales, sociales, ambientales y culturales (Velázquez-Vázquez et al., 2019). Además, se pueden presentar e influir de manera distinta en los diferentes comportamientos suicidas -ideación, intento o muerte por suicidio- (Martín, 2016).

Existen una considerable cantidad de factores de riesgo y protectores, y se considera que algunos de estos interactúan y se potencializan entre sí para que una persona presente o no comportamientos suicidas.

A continuación, se presentarán hallazgos sobre algunos de los principales factores de riesgo y de protección, para posteriormente abordar información sobre la relación teórica identificada con los factores protectores analizados en la presente tesis – el disfrute experimentado, la gaudibilidad y el buen trato – y los comportamientos suicidas.

Factores de Riesgo

Los factores de riesgo son aquellos acontecimientos, conductas o aspectos que pueden incrementar la probabilidad de que se presente un comportamiento suicida. A continuación, se irán analizando y mencionando algunos de los factores de riesgo agrupados en: individuales, relacionales y sociales. Dando un mayor énfasis en los factores individuales pues las variables de análisis del presente estudio se consideran dentro de dicha categoría.

Factores de Riesgo Individuales.

Un factor de riesgo es la presencia de enfermedades mentales y/o antecedentes de enfermedades psiquiátricas (Franklin et al., 2018; Hadzic et al., 2020). En los 50's los psiquiatras pensaban que sólo los enfermos mentales se suicidaban.

En la actualidad aún se correlaciona el suicidio con diversas psicopatologías como la depresión (Abello et al., 2016; Hermosillo-De la Torre et al., 2015; Riveron et al., 2016; Toro-Tobar et al., 2016; Wang et al., 2017b); el trastorno límite de la personalidad (Sánchez-Teruel et al., 2018; Villar-Cabeza et al., 2018); el trastorno bipolar, los trastornos psicóticos (Echeburúa, 2015); el duelo patológico o no resuelto (Martín, 2016; Martínez y Robles, 2016); trastornos adictivos (Clapperton et al., 2019; Hernández y Alejandre, 2015; López, 2017); la agresividad impulsiva (Moreno-Carmona et al., 2017; Reyes-Tovilla et al., 2016); trastornos adaptativos y de ansiedad (Goñi-Sarriés et al., 2019) por mencionar algunos.

Otras investigaciones han encontrado que más que los trastornos por sí mismos es la interacción de síntomas, emociones y dificultades a lo largo del tiempo lo que puede resultar en riesgo de suicidio.

Un ejemplo de lo anterior se puede encontrar en lo reportado por De Berardis et al. (2015) en cuanto a la correlación de la alexitimia con creencias de responsabilidad elevada

e ideación suicida, que según sus resultados fue más severa en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo [TOC]. Aparentemente la percepción elevada de responsabilidad puede ser resultado de la hiper evaluación de los pensamientos de otras personas y esto estar asociado a la culpa, lo cual afecta las relaciones sociales de los pacientes con TOC e incrementa la ideación suicida (De Berardis et al., 2015).

Otras afectaciones parecieran incidir de diferentes formas según variables específicas como, por ejemplo, el consumo de alcohol se reporta más riesgoso en hombres, ya que se considera un mecanismo de evasión de problemas, lo cual no ocurre en las mujeres (Barroso, 2019); o el consumo éxtasis, cocaína, marihuana y tranquilizantes en población LGBTIQ+ que incrementa el riesgo de intentos de suicidio (Albuquerque et al., 2018).

La psicopatología como factor de riesgo aún sigue siendo controversial, algunas investigaciones han demostrado que personas que no cuentan con un diagnóstico psicopatológico y no cubren criterios diagnósticos de una enfermedad mental pueden llegar a quitarse la vida y que las conductas suicidas son influidas por una diversidad de variables (López, 2017). Sin embargo, en contraparte a dicho argumento, se puede alegar que no es posible asegurar que la falta de un diagnóstico niegue la presencia de un trastorno mental.

Otro factor de riesgo es la presencia de enfermedades físicas crónicas, incapacitantes, con mal pronóstico y/o con dolor crónico (Echeburúa, 2015; Hernández-Vázquez et al., 2016; Martín, 2016; Martínez y Robles, 2016; Wang et al., 2017b).

Asimismo, ciertas características de personalidad se han asociado al suicidio, como la baja tolerancia a la frustración (Moreno-Carmona et al., 2018); la desesperanza (Ceballos-Espinoza y Chávez-Hernández, 2016; Franklin et al., 2018); la incapacidad para

afrontar emociones, baja autoestima (Fernández y Casullo, 2006; King y Kowalchuk, 1994;); o la impulsividad (Echeburúa, 2015; Millner et al., 2020; Wang et al., 2017b).

También se ha reportado que las adversidades en la infancia contribuyen al inicio y persistencia de las conductas suicidas, que entre más situaciones conflictivas se hayan atravesado en este periodo de la vida el riesgo se incrementa (Moreno-Carmona et al., 2018). Así como una historia de irritabilidad en la infancia con una trayectoria de incremento en la misma se ha asociado a la conducta suicida (Orri et al., 2019).

En relación a las emociones, existe evidencia de que la inestabilidad afectiva influye en la generación de factores de riesgo para los pensamientos y conductas suicidas (Peh et al., 2017). La estructura emotiva puede llevar a que una persona, sobre todo a las y los adolescentes, a experimentar vacío existencial, lo que a su vez puede llevar a sentimientos desadaptativos y finalmente a la manifestación del comportamiento suicida (Kaplan y Szapu, 2019).

Diferentes emociones se han asociado al comportamiento suicida, entre las que se pueden mencionar el sufrimiento intenso y/o prolongado, la soledad (Echeburúa, 2015), dolor emocional (Kaplan y Szapu, 2019), culpa (Martín, 2016), vergüenza, desesperanza y miedo (Rasmussen et al., 2017). En relación al miedo, algunos autores proponen que esta emoción se enfoca en el miedo a sentirse o imaginarse excluido de entornos y grupos significativos, siendo esto más frecuente en las personas jóvenes (Kaplan y Szapu, 2019).

Otro factor de riesgo individual es la percepción de ser una carga para los demás, así como la falta de pertenencia, aspectos que presentan correlaciones positivas con la ideación suicida, y se pueden potencializar en función de ciertas características como el sexo o el estado civil (Donker et al., 2014).

Dentro de modelos cognitivos se ha postulado que las distorsiones cognitivas y los esquemas mal adaptativos pueden incrementar el malestar emocional convirtiéndose en potencializadores de la conducta suicida al disminuir las respuestas adaptativas de las personas (Toro, 2013; Abello et al., 2016; Gómez et al., 2017; Fazakas-DeHoog et al., 2017; Balazs et al., 2018). Algunos esquemas mal adaptativos asociados a comportamientos suicidas han sido las creencias de perfeccionismo, insatisfacción con el apoyo emocional recibido, excesiva implicación emocional con personas significativas y elevada evitación de la incomodidad, dolor, conflicto o esfuerzo (Abello et al., 2016).

Es importante mencionar que, ningún proceso cognitivo por sí mismo explica un comportamiento, los resultados de las investigaciones que relacionan las distorsiones cognitivas con el suicidio son limitadas y han encontrado resultados diversos (Fazakas-DeHoog et al., 2017).

Otro factor de riesgo es la falta de herramientas o mecanismos de afrontamiento ya que se considera que su ausencia puede favorecer conductas suicidas (Arroyo y Herrera, 2019). Asimismo, la rigidez cognitiva disminuye la posibilidad de poner en práctica habilidades de solución de problemas y de adaptación, lo que puede llevar a una persona al suicidio (Álvarez et al., 2019).

Otros autores han reportado como factores de riesgo el pertenecer a ciertos grupos como la comunidad LGBTIQ+ (Di Giacomo et al., 2018; Echeburúa, 2015; Hottes et al., 2016) ya que se pueden ver expuestas a estigmatización y agresiones por su orientación sexual (Albuquerque et al., 2018; Cato y Canetto, 2003; Miranda-Mendizábal et al., 2017).

También el haber experimentado abuso sexual o violencia de género, es un factor de riesgo específicamente en el caso de las mujeres (Barroso, 2019; Sánchez-Cervantes et al., 2015; Martínez y Robles, 2016).

Por último, en esta categoría se reporta el intento de suicidio. Una vez que una persona intenta quitarse la vida, se considera que este hecho en sí mismo se vuelve un factor de riesgo (Hernández-Vázquez et al., 2016; López, 2017; Martins et al., 2016; Orri et al., 2019; Villar-Cabeza et al., 2018). Algunos estudios reportan que hasta el 40% de las personas que han intentado quitarse la vida reinciden en el siguiente mes (Martín, 2016).

Factores de Riesgo Relacionales.

Las relaciones interpersonales más estudiadas en correlación al suicidio son las familiares y de pareja. Se ha reportado que la desintegración, disputas, violencia intrafamiliar (Arroyo y Herrera, 2019; Hernández-Vázquez et al., 2016), dificultades, desengaños amorosos (Ceballos-Espinoza y Chávez-Hernández, 2016), el divorcio propio o de los padres (Martín, 2016; Sánchez-Cervantes et al., 2015), la dependencia emocional extrema y antecedentes familiares de suicidio (Echeburúa, 2015), o pertenecer a familias multiproblemáticas (Pérez-Chán, 2015) son factores que incrementan el riesgo de conductas suicidas.

También el acoso escolar es un factor de riesgo hacia el suicidio para adolescentes y jóvenes, las constantes agresiones y la presión emocional que esto genera aunado a la incapacidad de defenderse y detener el acoso escolar pueden incrementar el riesgo suicida (Martínez y Robles, 2016; Palacio-Chavarriaga et al., 2019).

Una pobre red de apoyo social (Echeburúa, 2015), el aislamiento social (Franklin et al., 2018; Hadzic et al., 2020), la pérdida cultural e histórica (Arroyo y Herrera, 2019) y la violencia y discriminación (Martínez y Robles, 2016) son otros aspectos que se ha estudiado que favorecen los comportamientos suicidas.

Otro factor de riesgo social es el acceso y la disponibilidad a medios letales como armas de fuego, medicamentos, plaguicidas, vías férreas (Moreno-Carmona et al., 2018; Franklin et al., 2018; López, 2019); las barreras y falta de acceso a servicios de atención especializada y el estigma sobre la atención en salud mental (Benjet et al., 2020; Franklin et al., 2018; Rasmussen et al., 2017).

Factores de Riesgo Sociales.

Se ha observado que, ante cambios sociales, la mortalidad por suicidio se incrementa. Entre estas se pueden mencionar recesiones económicas, empeoramiento de condiciones de vida, políticas de austeridad y aquellas acciones que incrementan el sufrimiento de una población (Arroyo y Herrera, 2019; Navarrete et al., 2019).

En esta categoría se ha estudiado la pobreza, desempleo y dificultades económicas como factores de riesgo sociales asociados a las conductas suicidas (Arroyo y Herrera, 2019; Hernández-Vázquez et al., 2016; Martín, 2016).

En cuanto al lugar de residencia, históricamente se había considerado que las tasas de suicidio eran mayores en ciudades en comparación con poblaciones rurales (Cardona et al., 2016; Chaparro-Narváez et al., 2019). Sin embargo, también se ha reportado que no existen diferencias en la cantidad de suicidios en áreas rurales y urbanas (Ardiles-Irarrázabal et al., 2018; Sierra y Martínez, 2015; Wang et al., 2017a). Otros estudios en países como EUA, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Brasil, Colombia, Perú y Chile han encontrado que jóvenes indígenas o de grupos étnicos presentan tasas más elevadas de muerte por suicidio en comparación con sus congéneres que no pertenecen a dichos grupos (Gerstner et al., 2018).

Una posible respuesta a estas diferencias y que amplía la comprensión del lugar de residencia como factor de riesgo, son las actitudes que los diferentes grupos y culturas tienen hacia el suicidio (Osafo et al., 2013; Zou et al., 2016).

Otro factor social que se considera influye en el comportamiento suicida son los medios de comunicación masiva y el manejo que hacen de la información de las muertes por suicidio (Bilbao et al., 2016). Esto podría incidir también en la estigmatización hacia el suicidio y la generación de barreras para el acceso a intervenciones de atención o prevención del suicidio (Pereira y Cardoso, 2019).

A pesar de los múltiples factores de riesgo antes presentados, estos no se consideran completamente estudiados y constantemente se agregan nuevas variables correlacionadas al riesgo de comportamientos suicidas. Algunos factores de riesgo novedosos en su estudio son el uso inadecuado de los Smartphones, el tener dietas no balanceadas, el sobrepeso, dificultades menstruales, vida sedentaria, patrones de sueño, descansos alterados, por mencionar algunas (Ati et al., 2020).

Factores Protectores

Otros estudios se han enfocado en revisar los factores protectores, que son aquellos aspectos, conductas, cogniciones y otras variables que por su presencia disminuyen los comportamientos suicidas, o que posteriores a dichos comportamientos se buscan desarrollar estos factores para disminuir la probabilidad de reincidencia.

A continuación, se presentan algunos de los factores protectores estudiados con la misma categorización presentada en los factores de riesgo – Individuales, relacionales y sociales –.

Factores Protectores Individuales.

Estudios han reportado que la estabilidad/ bienestar emocional disminuye la conducta suicida y que permite identificar a grupos sin riesgo o con muy bajo riesgo de suicidio (Echeburúa, 2015; Bilbao et al., 2016; Bruns y Letcher, 2018).

También se ha reportado que contar con habilidades adaptativas, comunicación asertiva, el desarrollo de funciones ejecutivas como la flexibilidad cognitiva y la toma de decisiones (Echeburúa, 2015; López, 2019); la resiliencia ante las adversidades (Moreno-Carmona et al., 2018) o contar con recursos para lidiar adecuadamente con la tristeza (Hermosillo-De la Torre et al., 2015) disminuyen las conductas suicidas.

La posibilidad de poner en práctica estrategias de afrontamiento efectivas y adaptativas como la aceptación, que lleva a reconocer problemáticas y resignificarlas (Abello et al., 2016; Vargas et al., 2019), habilidades para la solución de conflictos como el uso del diálogo (Martín, 2016; Palacio-Chavarriaga et al., 2019) y contar con habilidades sociales (Echeburúa, 2015) se consideran factores protectores.

También se ha estudiado la salud integral, específicamente como el tener una nutrición saludable (Ati et al., 2020), realizar actividades recreativas, deportivas, culturales y de ocio para el uso adaptativo y socialmente aceptable del tiempo libre (Bilbao et al., 2016). El uso recreativo de teléfonos celulares, la lectura y el ver películas (Ati et al., 2020) se han clasificado como protectores con relación a la muerte por suicidio sobre todo en adolescentes.

Un aspecto práctico como lo es la restricción a medios para quitarse la vida es un factor protector, y una estrategia ampliamente utilizada sobre todo en los casos de las personas que ya han intentado quitarse la vida (López, 2019).

Factores Protectores Relacionales.

En cuanto a los factores protectores de interacción con otros, se ha mencionado que el contar con apoyo social, de pares y familiar ayuda a evitar y prevenir la conducta suicida (Arroyo y Herrera, 2019; Echeburúa, 2015; Vargas et al., 2017).

Dentro de los factores familiares específicos se ha mencionado la importancia de contar con el apoyo y supervisión de ambos padres (Moreno-Carmona et al., 2018), tener una adecuada comunicación familiar, una relación positiva con la madre (Ati et al., 2020) y en el caso de las mujeres el tener hijos pequeños (Echeburúa, 2015).

Factores Protectores Sociales.

En cuanto a los factores protectores sociales se ha estudiado la importancia de contar con acceso a la salud (Bilbao et al., 2016) y a tratamientos psiquiátricos o psicológicos (Echeburúa, 2015); el desarrollo social (Bilbao et al., 2016); y la adecuada integración cultural (Echeburúa, 2015).

También el contar con políticas sociales dirigidas a mejorar la calidad de vida social (Bilbao et al., 2016), políticas de protección social, laboral y que generen capital social (Navarrete, 2019) y un sistema educativo integral (Bilbao et al., 2016) son factores sociales que pueden incidir en la prevención del suicidio.

Un factor protector en casos de intento de suicidio que se ha investigado es el practicar una creencia religiosa, esto se ha relacionado con la disminución de sintomatología ansiosa, depresiva, el dolor emocional, entre otros (Echeburúa, 2015; Vargas et al., 2019; Ati et al., 2020).

Existe una amplia cantidad de factores de riesgo y de protección, también se ha reportado evidencia contradictoria en algunos factores clasificados tanto de riesgo como de protección en las investigaciones científicas, como ejemplo se podría mencionar la red familiar que puede ser un espacio de apoyo, contención y soporte, o por el contrario favorecer relaciones violentas y de malestar (Arroyo y Herrera, 2019; Sánchez-Loyo et al., 2014); o las actitudes hacia el suicidio de aceptación o rechazo que se han encontrado tanto como factores de riesgo como de protección (Eskin et al., 2019; Estrada et al., 2019; Keun et al., 2016; Pereira y Cardoso, 2019; Stecz et al., 2019; Tan et al., 2017).

En cuanto a los factores protectores y de riesgo son importantes de identificar no solo para generar una mayor comprensión de los fenómenos suicidas desde los elementos estructurales e individuales, sino también para implementar estrategias efectivas de prevención universal y desarrollo de políticas públicas y programas que atiendan los factores de riesgo y/o promuevan los factores protectores (Arroyo y Herrera, 2019).

A continuación, se presenta un análisis de los tres factores protectores abordados en esta investigación y su relación teórica con los comportamientos suicidas.

Disfrute, Gaudibilidad y Buen trato, su relación con los comportamientos suicidas

La identificación de factores asociados a los comportamientos suicidas se ha enfocado prioritariamente en los factores de riesgo, dejando en un segundo término a los protectores. Sin embargo, desde la psicología positiva se han hecho importantes esfuerzos por demostrar la importancia de la promoción de la salud a través del desarrollo de las fortalezas y virtudes humanas, los factores protectores y aquellos elementos que generen bienestar psicológico (Peterson y Seligman, 2004), lo cual abre posibilidades para líneas de

investigación que aborden variables poco estudiadas en relación con el riesgo de comportamientos suicidas y en específico de la ideación suicida.

Entre los estudios revisados no se ha identificado alguno que se enfoque en analizar el disfrute experimentado, la gaudibilidad o el buen trato. Estas tres variables se proponen como posibles factores protectores en función de un análisis teórico y debido a la relación mostrada de estos factores con otras variables que a su vez se vinculan con el suicidio.

Por lo cual, para fundamentar la propuesta de estos factores protectores, se parte de presentar algunas relaciones teóricas y empíricas entre el disfrute experimentado, la gaudibilidad y el buen trato con diferentes variables que a su vez se relacionan con la ideación suicida. Este aparato del capítulo se divide en las tres variables de estudio.

Disfrute experimentado.

La depresión es una variable ampliamente estudiada en cuanto a su relación con los comportamientos suicidas (Toro-Tobar et al., 2016; Wang et al., 2017b); sin embargo, esta relación todavía no está del todo clarificada (Auerbach et al., 2018). Dentro de las características que se han estudiado asociadas a los comportamientos suicidas y la depresión se hace referencia al síntoma específico de la Anhedonia (Auerbach et al., 2015).

La anhedonia, implica una pérdida de interés y placer, y es un síntoma fundamental de la depresión (Krynicky et al., 2018), y se ha asociado con el riesgo de comportamientos suicidas (Winer et al., 2017) y específicamente con la ideación suicida (Auerbach et al., 2015; Daghigh et al., 2018).

La anhedonia se considera que puede ser un predictor de los comportamientos suicidas (Auerbach et al., 2015) y en cierta medida se puede entender como la contraparte del disfrute experimentado.

Por su parte el disfrute se puede analizar en función de la intensidad, frecuencia y circunstancias en las que las personas lo experimentan (Padrós y Martínez, 2021). En este sentido se ha reportado que un menor afecto positivo, entendido como experiencias de bienestar, como calma, relajación y disfrute, se ha relacionado con ideación suicida en personas de 18 a 59 años de edad (Bennardi et al., 2017). Asimismo, la baja satisfacción vital se asocia a un incremento del riesgo de suicidio (Blanco, 2020).

En contraparte se ha reportado que la satisfacción con la vida y los afectos positivos promueve un estado de satisfacción general con la vida (Vera et al., 2010) y que una persona que reporta bienestar psicológico disfruta con más frecuencia e intensidad (Padrós y Martínez, 2021).

Es importante destacar la diferenciación entre placer básico y disfrute complejo sugerido por Gómez-Hernández et al. (2020), ya que el placer básico hace referencia a la satisfacción de necesidades primarias, tales como la sed, hambre o sueño, que se consideran más inmediatas y efímeras; por otra parte el disfrute complejo implica procesos cognitivos más sofisticados, derivado de la evolución del placer básico, se relaciona con aspectos como la imaginación, concentración, sentido del humor, entre otras (Padrós y Martínez, 2021). Se puede entonces entender que el placer básico es menos maleable mediante estrategias psicológicas, y que el disfrute complejo es un constructo que va más allá de satisfacciones de necesidades básicas y es más susceptible de ser modificado (Gómez-Hernández et al., 2020).

Gaudibilidad.

Para comprender de manera más amplia el disfrute experimentado se puede analizar la gaudibilidad, el cual es un concepto que se define como:

Constructo que engloba todos aquellos procesos que median entre los estímulos y el disfrute que las personas experimentan... conjunto de moduladores que regulan las sensaciones subjetivas de vivir experiencias gratificantes en mayor o menor grado de intensidad, en mayor o menor número de situaciones y durante periodos de tiempo más o menos prolongado. (Padrós y Fernández-Castro, 2008, p. 414)

En este sentido se considera que un bajo nivel de gaudibilidad se correlaciona con el riesgo de sintomatología de algunos trastornos mentales (González-Cantero et al., 2018) como la esquizofrenia (Padrós-Blázquez et al., 2011) y el consumo de sustancias (Padrós y Martínez, 2020), los cuales se han asociado a su vez con el incremento en la ideación y conductas suicidas (Zaheer et al., 2020; Sánchez-Teruel et al., 2017).

Se ha encontrado evidencia de que la aplicación de terapia ocupacional (Imms et al., 2017; Tokolahi et al., 2016; Wolley et al., 2020), así como las intervenciones enfocadas en incrementar la gaudibilidad como tratamiento coadyuvante en pacientes con depresión ha reportado beneficios en personas con diagnósticos de depresión, ya que se incrementan las experiencias de disfrute (Padrós-Blázquez et al., 2014).

En la presente investigación para la evaluación de la gaudibilidad se utilizó la Escala de Gaudibilidad (Padrós-Blázquez et al., 2021a) que mide seis moduladores: interés, disfrute en soledad, sentido del humor, creencias irracionales, concentración e imaginación. A continuación, se comentan las posibles relaciones de cada uno de estos moduladores con los comportamientos suicidas.

En cuanto al interés se ha encontrado que tareas complicadas, que requieren de procesos de atención, concentración y retraso en la obtención de reforzadores, pueden tener relación con el estado de ánimo; que estas tareas que implican mayor costo y esfuerzo se han reportado en menor frecuencia en jóvenes que han intentado quitarse la vida, hipotetizando que este tipo de tareas pueden no generarles interés y satisfacción (Auerbach et al., 2015). En este sentido se puede concluir que las personas con mayor capacidad de interesarse experimentarán con mayor frecuencia disfrute y por ende menor ideación suicida.

Por otra parte, se ha postulado que la soledad es un factor de riesgo en la ideación e intentos de suicidio (Mitchell et al., 2018; Nichter et al., 2021; Özyay et al., 2019) en especial en la adolescencia (McKinnon et al., 2016). La soledad como factor de riesgo se relaciona con el incremento de una emoción negativa (Bennardi et al., 2017; Hyland et al., 2021), sin embargo, no se ha estudiado y analizado con profundidad (Quintana-Orts et al., 2021).

Uno de los moduladores de la gaudibilidad es la capacidad de disfrutar en soledad, por lo que se puede entender que no es en sí la soledad lo que resulta un riesgo, sino cómo se experimenta dicha soledad, si la persona cuenta con la habilidad para disfrutar en soledad esto podría ser un factor protector de la ideación suicida. Por lo que se esperarían encontrar correlaciones negativas entre el disfrute en soledad y la ideación suicida.

Otro de los factores analizados como moduladores del disfrute es el sentido del humor. Se ha estudiado cómo el humor crea vínculos, desactiva la tensión y el miedo, y promueve conductas resilientes en tiempos de dificultad (Aaker y Bagdonas, 2021). Asimismo, se ha reportado que las personas con un mayor sentido del humor y con capacidad de autocrítica reportan niveles más altos de bienestar (Tsukawaki et al., 2009).

Además, tanto el sentido del humor como el optimismo se han reportado como factores protectores de los comportamientos suicidas (Blanco, 2020), por lo que se esperaría que en este estudio se identificaran correlaciones negativas entre esta variable y la ideación suicida.

En cuanto al factor de las creencias irracionales en algunas psicopatologías como la depresión se ha detectado la presencia de cogniciones negativas (Quadt et al., 2018). También se ha propuesto que los comportamientos suicidas resultan de procesos cognitivos desadaptativos (Roncero et al., 2016) como demandas excesivas (Arroyo y Herrera, 2019; Rasmussen et al., 2017), sobre atribución de los fracasos (Echeburúa, 2015), pensamientos de ineficacia e incapacidad (Martín, 2016), falta de flexibilidad cognitiva (López, 2019), visión de túnel, lectura de pensamiento, pensamiento polarizado, sobregeneralización (Álvarez et al., 2019) y pensamiento absolutista (Al-Mosaiwi y Johnstone, 2018).

Específicamente en la escala EGM-24 (Padrós-Blazquez et al., 2021a) se alude a las creencias negativas que reducen los niveles de disfrute, por ejemplo, si la persona cree que reír mucho disminuye el desempeño o es sinónimo de poca conciencia de las problemáticas, estas creencias pueden promover en las personas comportamientos de poco disfrute, disminuyendo así los afectos positivos experimentados. Es por lo anterior que se puede considerar una asociación entre menores creencias irracionales menores comportamientos suicidas, y mayor bienestar emocional (López, 2019; Vargas et al., 2019).

La concentración se puede asociar en un sentido contrario con la falta de reflexividad e impulsividad, la cual se ha reportado como un factor de riesgo para los comportamientos suicidas (Millner et al., 2020; Wang et al., 2017b). Además, se ha reportado que algunas funciones ejecutivas como la memoria, percepción, atención y

concentración son factores protectores de los comportamientos suicidas (Sánchez-Loyo et al., 2014; Van Heeringen et al., 2011).

Otro aspecto relacionado con la impulsividad y los comportamientos suicidas se puede observar en algunos trastornos como el trastorno límite de la personalidad (Mirkovic, et al., 2021; Yen et al., 2021), el trastorno bipolar (Dong et al., 2020; Miller y Black, 2020), el consumo de sustancias (Sánchez-Teruel et al., 2018) o el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Llanos-Lizcano et al., 2019) que han sido correlacionados con los comportamientos suicidas y que tienen como rasgos distintivos la presencia de comportamientos impulsivos.

Asimismo, se ha reportado que un tratamiento farmacológico utilizado para reducir el riesgo de intentos de suicidio mostró resultados efectivos en casos de TDAH (Chang et al., 2020).

En cuanto a la imaginación, se ha encontrado que personas con ideación suicida presentan episodios de imaginación sobre eventos futuros con contenidos negativos, de malestar y con creencias enfocadas a catastrofizar con mayor frecuencia y duración (Cha et al., 2022). A partir de estos hallazgos se puede decir que la imaginación, aunque es un modulador del disfrute como lo propone la gaudibilidad, se deberá analizar en cuanto al contenido de lo que las personas imaginan y por lo tanto no se espera encontrar correlaciones significativas con este factor y la ideación suicida.

Por lo anteriormente expuesto sobre la gaudibilidad en general, se puede inferir teóricamente una correlación negativa entre esta variable y la ideación suicida.

Buen trato.

Finalmente, la variable considerada en este estudio como un posible factor protector es el buen trato que es definido por Ruvalcaba-Romero et al. (2018) como “la forma de expresión de respeto y amor, como un deseo de vivir en paz, armonía, equilibrio, de desarrollarnos en salud, bienestar y goce” (p. 8). Por lo que desde una comprensión teórica del concepto se puede inferir una relación inversa con la ideación suicida.

Este concepto de buen trato se mide a través de la Escala de buen trato en adultos mexicanos que mide seis dimensiones del buen trato recibido, la consideración, amabilidad, expresión de afecto, buen trato autogenerado físico y buen trato autogenerado psicológico (Ruvalcaba-Romero et al., 2018). Los cuales a continuación se analizan en su relación teórica con aspectos asociados a los comportamientos suicidas.

El buen trato recibido hace referencia a la percepción de que otras personas se preocupan y tienen afecto por alguien. En este sentido se puede asociar a lo propuesto por la Teoría Interpersonal del suicidio de Joiner (2005), en la que se reporta que el bajo sentido de pertenencia incrementa el riesgo de ideación suicida (Gratz et al., 2020; Dueweke y Schwartz-Mette, 2018). Por lo que se esperaría que las personas con una percepción elevada de buen trato recibido no manifestaran ideación suicida.

La consideración, se asocia a los comportamientos que tienen las personas hacia otros de atención, afecto y empatía, es un buen trato que se genera hacia otros. Se puede relacionar teóricamente con algunas expresiones como la gratitud hacia los otros. Blanco (2020) ha propuesto que la gratitud puede llegar a ser un factor protector de los comportamientos suicidas. En este sentido se esperaría que las personas con puntuaciones más elevadas en consideración presentaran menores puntuaciones en ideación suicida.

El elemento de amabilidad se enfoca en conocer si la persona es cortés, cordial y cálida en sus relaciones con los demás. En este sentido, otros autores han propuesto que las interacciones sociales positivas se consideran un factor protector que puede disminuir el riesgo de suicidio (Bahamon, 2019) y que la amabilidad como rasgo de personalidad se correlaciona negativamente con los intentos de suicidio (Akpınar et al., 2020), y en sentido contrario la baja amabilidad se ha asociado a la ideación suicida (Kerby, 2003).

En cuanto a la expresión de afecto, se hace referencia a estas acciones en que las personas demuestran su cariño por sus seres queridos. En sentido contrario a este elemento se han reportado estudios que refieren que la incomodidad en la expresión de las emociones en conjunto con sintomatología depresiva se asocia a la ideación suicida (Polanco-Roman et al., 2018). Tangencialmente se podría pensar también que una persona incapaz de identificar las emociones propias podría tener dificultades en la expresión de las mismas hacia los otros y en este sentido esta característica alexitimica se ha relacionado con ideación suicida en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (De Berardis et al., 2015).

El buen trato autogenerado físico se relaciona con el cuidado del estado de salud y bienestar en aspectos como la alimentación y sueño. En relación a estos aspectos se han reportado que el tener menos de 7 horas de sueño puede tener afectaciones en la salud y se asocia a estrés, ansiedad y depresión (Hoying et al., 2020), las cuales a su vez se han correlacionado con la ideación suicida como se mencionó en capítulos anteriores. Asimismo, se ha encontrado que en personas con desórdenes alimenticios existe una relación con menos sentido de vida, insatisfacción corporal y que esto a su vez se relaciona con la ideación suicida (Marco et al., 2021; Brausch y Perkins, 2018).

Por último, el buen trato autogenerado psicológico se refiere a la dedicación de tiempo a actividades placenteras y de autorrespeto. En contraparte se ha encontrado que las

altas autoexigencias y perfeccionismo se correlacionan negativamente con la tolerancia a la frustración, la cual se ha relacionado con sintomatología depresiva e ideación suicida (Campo-Arias y Oviedo, 2008; O'Neill et al., 2021).

Se puede concluir que en general el bienestar psicológico reduce el riesgo de suicidio en adolescentes (Bahamon, 2019), por lo que se podría hipotetizar que teóricamente el disfrute, la gaudibilidad y el buen trato son variables que podrían ser consideradas factores protectores de la ideación suicida, desde estas relaciones tangenciales encontradas en la literatura científica. Pero que requieren de su estudio y generación de evidencias empíricas que sustenten estas variables.

Capítulo 4. Modelos Explicativos

Existen una gran cantidad de postulados y modelos que buscan entender, predecir y prevenir el suicidio. A pesar de que el estudio científico del suicidio es extenso, la producción de modelos explicativos ha continuado debido a las características particulares y complejas del fenómeno suicida.

Desde mediados de los ochentas, al menos doce teorías han sido propuestas para la comprensión del suicidio (O'Connor y Portzky, 2018), a continuación, se presentarán de manera general algunas de estas teorías para ampliar el análisis teórico y la comprensión de los factores que influyen en los comportamientos suicidas.

Edwin Shneidman, padre de la suicidología, propuso el modelo cúbico del suicidio en el cual evidenció una lógica suicida, haciendo hincapié en aspectos cognitivos asociados a la conducta suicida, encontrando en las personas un razonamiento rígido y dicotómico. Su modelo considera tres elementos: el dolor psicológico, las perturbaciones y la presión (Barzilay y Apter, 2014; Verrocchio et al., 2016).

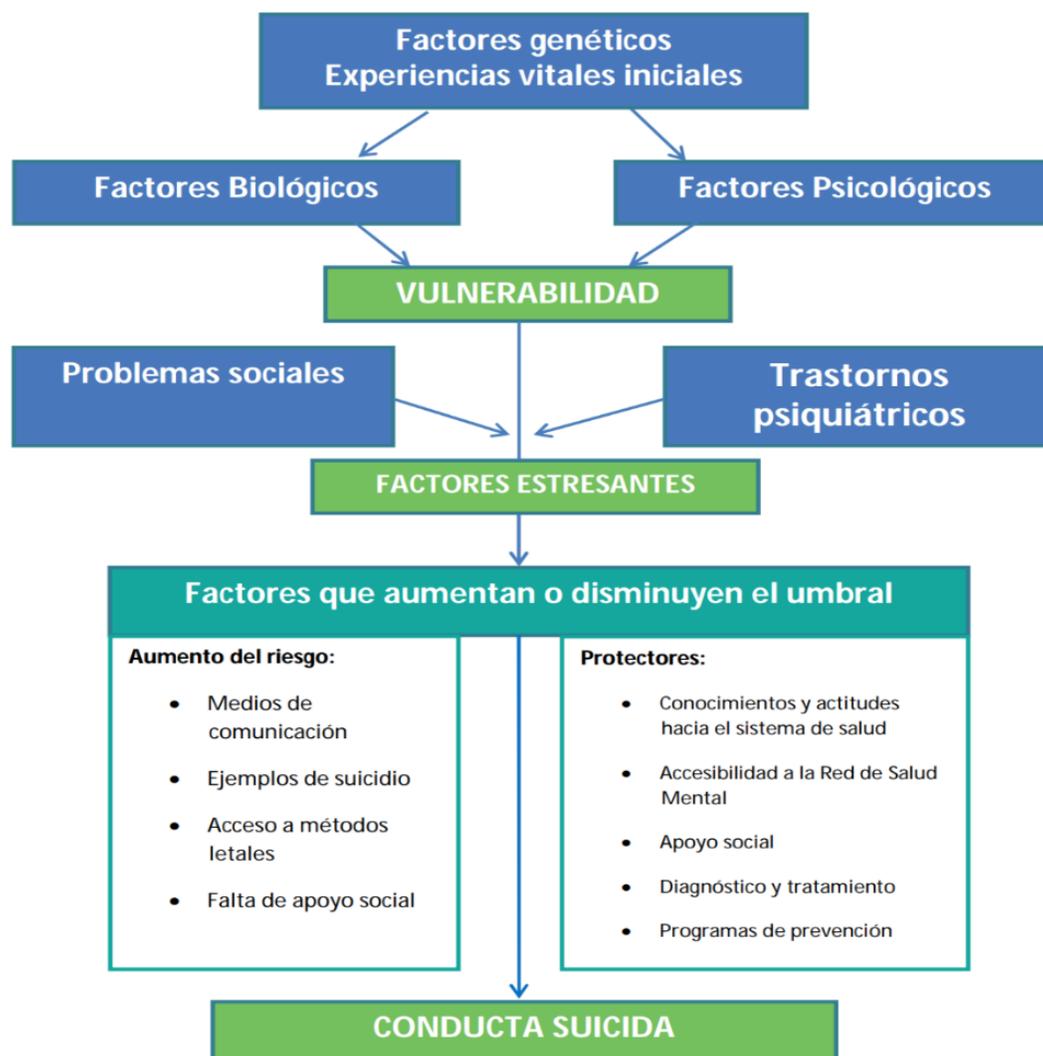
Desde el modelo de diatésis – estrés propuesto por Mann, a finales del siglo XX, se integran marcadores clínicos como la impulsividad, desesperanza o pesimismo, además de marcadores neurobioquímicos modulados por alteraciones genéticas o neuroendócrinas como la disminución de la actividad serotoninérgica. Todo lo anterior se combina con factores predisponentes como la baja autoestima, tensión, limitación de los recursos cognitivos, visión de túnel, lo que en conjunto facilita la conducta suicida (Celada, 2014).

Otro modelo explicativo del suicidio propuesto a inicios del siglo XXI por Van Heeringen considera que la vulnerabilidad hacia el suicidio se genera a partir de factores genéticos, biológicos y psicológicos; y que un individuo con dicha vulnerabilidad y que

tenga problemáticas sociales y/o trastornos psiquiátricos, puede llegar a presentar conductas suicidas. Además, reconoce el papel de los factores protectores y de riesgo en el desarrollo de la conducta suicida (Dumon y Gwendolyn, 2013). El esquema de este modelo se puede observar en la Figura 1.

Figura 1

Modelo explicativo de la conducta suicida de Van Heeringen



Nota. Fuente de la figura, Dumon y Gwendolyn (2013).

En los setenta Seligman propuso la teoría de la indefensión aprendida, en la cual se le da un lugar primordial a la desesperanza como el factor que lleva a una persona a considerar que no vale la pena seguir viviendo por su visión negativa y pesimista del futuro y de la imposibilidad de cambiar el malestar actual (Bedoya y Montaña, 2016).

Por su parte Beck, dentro de su teoría cognitivo conductual propuso que existe un entramado estructural donde factores afectivos, motivacionales, cognitivos y comportamentales se activan bajo determinadas circunstancias (Barzilay y Apter, 2014). Específicamente en cuanto al suicidio Rush y Beck analizaron factores cognitivos, en dónde la ideación suicida surgía del deseo de terminar con la angustia generada por situaciones consideradas irresolubles (Franklin et al., 2018). En este enfoque la ideación suicida se generaba a partir de una tríada cognitiva negativa en la que se incluía un yo imperfecto, un mundo hostil y despiadado, y un futuro desesperanzador (Toro-Tobar et al., 2016).

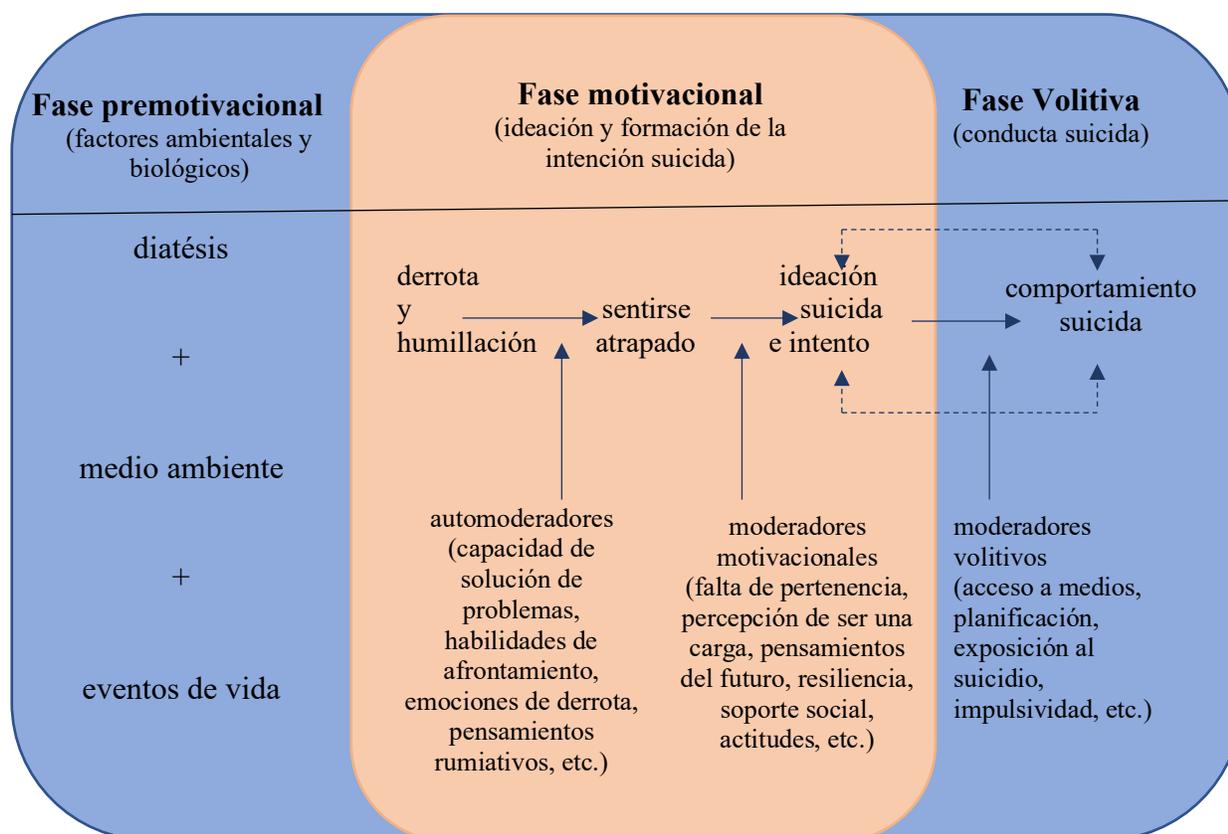
El modelo de la vulnerabilidad fluida de Rudd y colaboradores, basado en postulados cognitivo conductuales, propone que en las personas con conductas suicidas se da una combinación de creencias y comportamientos que los hace vulnerables. Estos autores mencionan que las creencias de no ser amado, de ser una carga para los demás, la desesperanza, la incapacidad de tolerar la frustración, los pensamientos rumiativos y la rigidez cognitiva generan vulnerabilidad para presentar estos comportamientos suicidas (Barzilay y Apter, 2014).

Shneidman postuló la teoría del dolor emocional en la que propuso diez factores para que se llegara a la muerte por suicidio, entre los que resaltan la desesperanza, indefensión, ambivalencia hacia la vida y la muerte, comunicación sobre el intento y patrones de afrontamiento disfuncionales (Barzilay y Apter, 2014).

La teoría integrada motivacional – volitiva (TIMV) de O’Connor propone fases a través de las que pretende explicar la etiología de la ideación y los comportamientos suicidas. La fase pre-motivacional en la que se incluyen factores ambientales y biológicos predisponen a la vulnerabilidad al suicidio; en la segunda fase, llamada motivacional, se presenta la ideación suicida y la formación de la intención suicida que se genera por sentirse atrapado y sin posibilidades de modificar la situación actual; y la tercera fase volitiva es la de mayor riesgo de muerte por suicidio (O’Connor y Kirtley, 2018; Tucker et al., 2016). El esquema de este modelo se puede observar en la Figura 2.

Figura 2

Modelo integral motivacional – volitivo de la Conducta suicida de O’Connor



Nota. Traducido de O’Connor y Kirtley (2018).

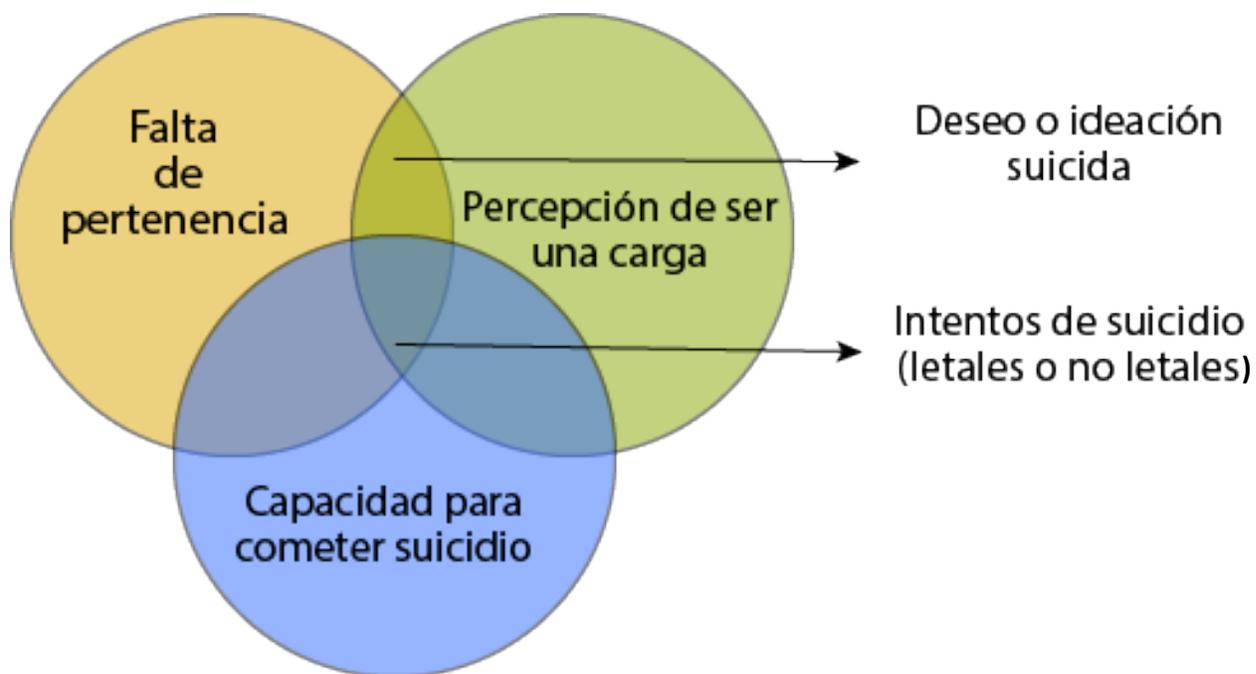
La TIMV también postula la existencia de factores moderadores, los cuales influyen para que una persona llegue a conductas volitivas, entre estos se encuentra el deterioro en las habilidades para afrontar y solucionar problemas, el incremento de emociones de derrota y pensamientos rumiativos, considerar al suicidio como única opción para solucionar los problemas, falta de pertenencia, considerarse una carga para otros y moderadores volitivos que se relacionan con tener la capacidad de cometer suicidio, acceso a medios, impulsividad, entre otros (Tucker et al., 2016; O'Connor y Kirtley, 2018).

La Teoría Interpersonal del Suicidio (TIS) de Joiner et al. (2009) describe estados de riesgo suicida e identifica predisponentes para la ideación y comportamientos suicidas (Podlogar et al., 2016). Esta teoría propone tres elementos: la percepción de ser una carga para los demás y la falta de pertenencia que en conjunto generan en las personas el deseo y la ideación suicida; y la capacidad adquirida, que facilita el intento y muerte por suicidio, y que dicha capacidad se genera a partir de la exposición a lo largo de la vida a eventos dolorosos emocionalmente, que van disminuyendo el miedo al dolor (Barzilay y Apter, 2014). La representación gráfica del modelo se presenta en la Figura 3.

Además, la TIS considera otros elementos asociados al suicidio como la soledad, aislamiento, emociones de culpa o vergüenza (Christensen et al., 2013; Joiner et al., 2009). Se han reportado relaciones entre los factores sociales y cognitivos de esta teoría con síntomas depresivos, comportamientos desadaptativos y riesgo suicida (Duweke y Schwartz-Mette, 2018); así como resultados contrarios, encontrados en otras investigaciones, que por ejemplo no identificaron correlaciones significativas entre la falta de pertenencia y la ideación suicida (Cero et al., 2015).

Figura 3

Teoría Interpersonal del suicidio de Joiner

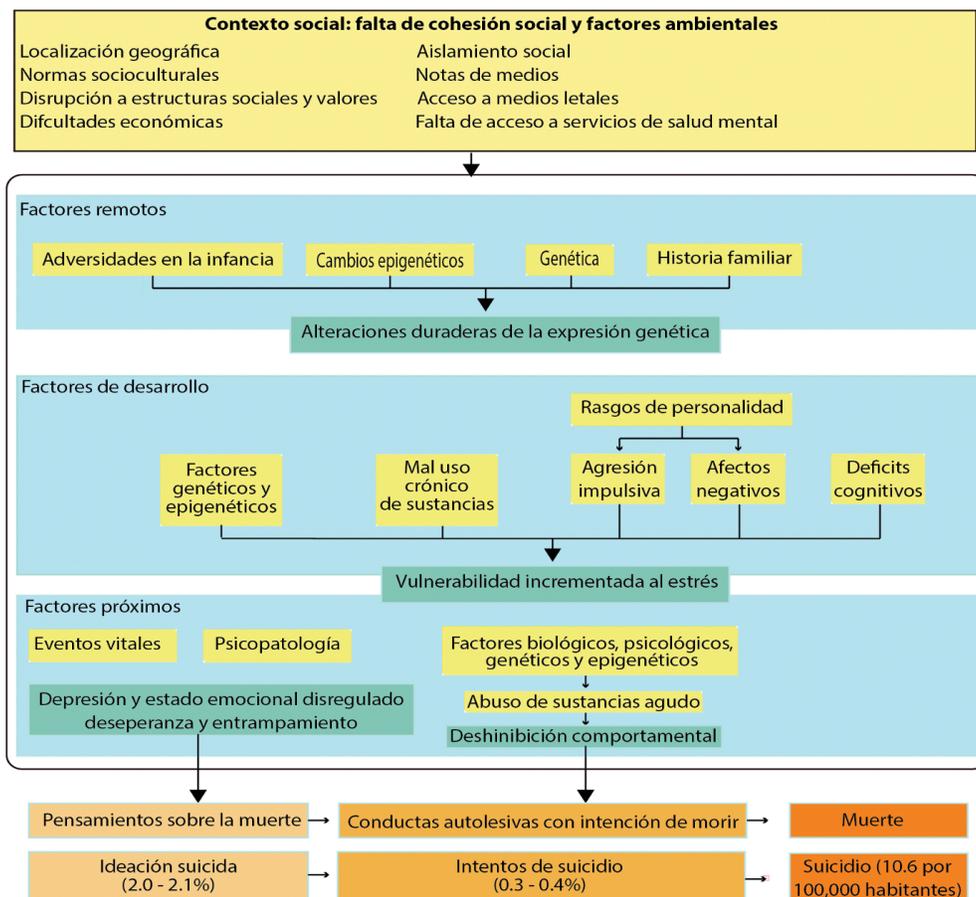


Nota. Traducido de O'Connor y Nock (2014) y adaptado de Joiner et al. (2009).

Dentro de los postulados teóricos y conceptuales más recientes se encuentra el modelo biopsicosocial de riesgo suicida de Gustavo Turecki y colaboradores, que considera factores hereditarios, ambientales, genéticos y epigenéticos. Dentro de sus propuestas se organizan estos factores en distales, mediadores y próximos (Dajas, 2016; Turecki et al., 2019), este modelo se puede observar esquematizado en la Figura 4.

Figura 4

Modelo biopsicosocial de riesgo suicida de Turecki



Nota. Traducido de Turecki et al. (2019).

En México se desarrolló un modelo explicativo y predictivo de la ideación suicida en estudiantes de bachillerato por Reynoso y colaboradores (2018), su investigación fue realizada en el Estado de Jalisco en el que analizaron variables asociadas al suicidio encontrando que la depresión, apoyo familiar y problemas de ajuste a la escuela fueron de mayor significancia para la predicción de la conducta suicida.

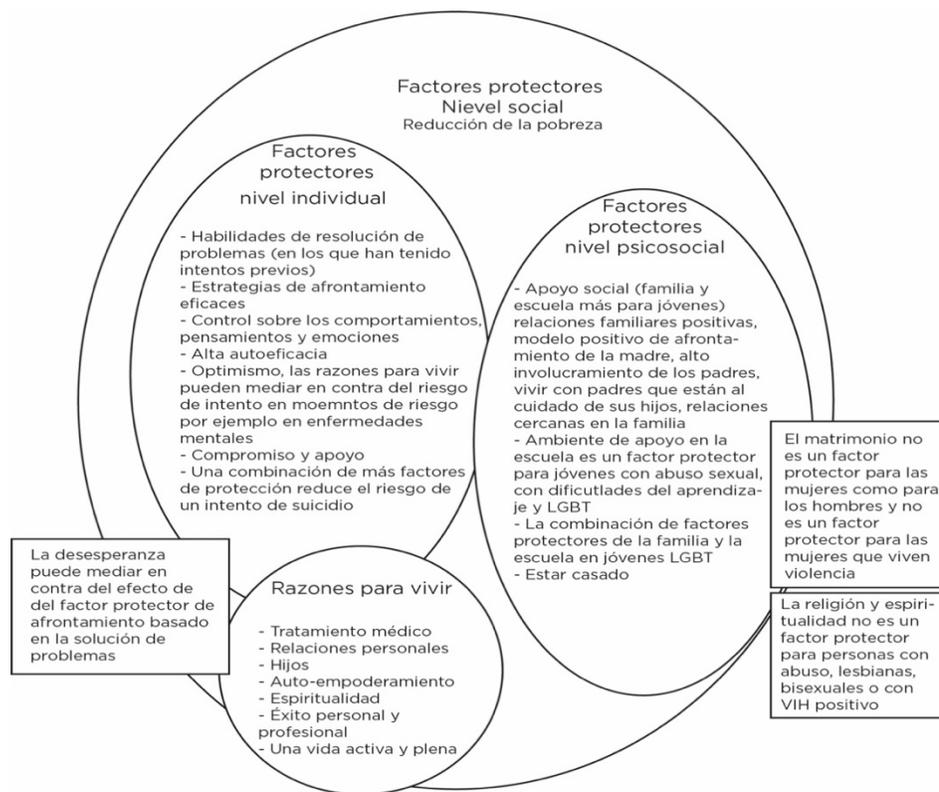
En los modelos presentados anteriormente los factores de riesgo se presentan inherentes a los comportamientos suicidas y se enfocan en determinar cuáles de ellos se

pueden resaltar como generadores de los comportamientos suicidas, sin embargo, no se enfocan tanto en los factores protectores o estos se dan por hecho como la contraparte de los factores de riesgo.

Un esfuerzo por organizar y estructurar estos factores de riesgo y protección fue desarrollado por McLean y colaboradores (2008) a partir de una propuesta teórica fundamentada en una revisión sistemática de dichos factores. Los factores de protección los clasifican como sociales, individuales, psicosociales y las razones para vivir, además incluyen algunos elementos que pueden mediar la forma en que estos factores generan un efecto de protección o no. Su propuesta se observa en la Figura 5.

Figura 5

Estructura de Factores protectores.

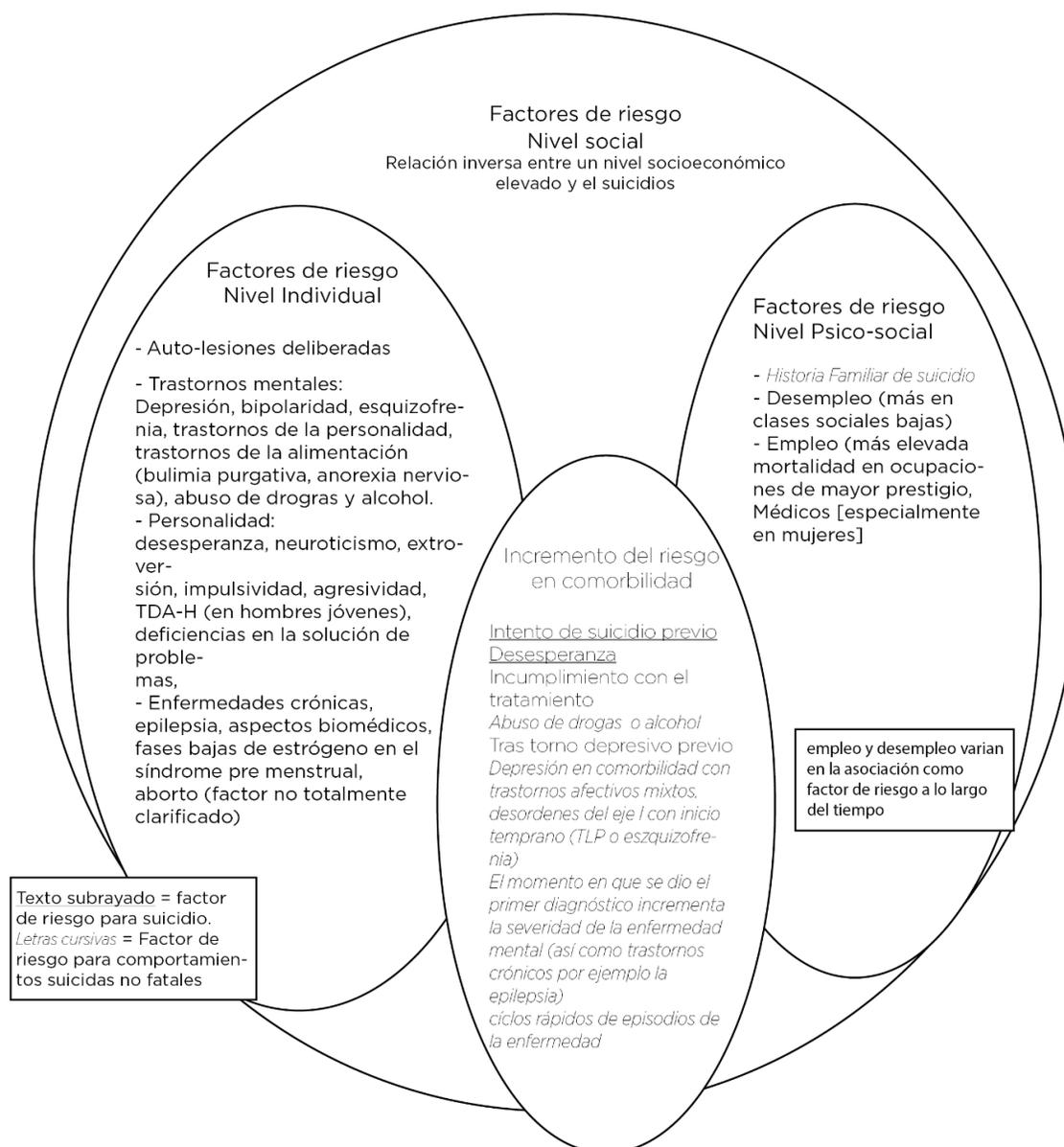


Nota. Traducido de McLean et al. (2008).

En relación a los factores de riesgo, estos autores, también los dividieron en sociales, individuales y psicosociales, pero se agregan factores de riesgo que generan mayor comorbilidad y los dividieron para los casos de suicidio y otros comportamientos autolesivos no fatales (McLean et al., 2008). Esta propuesta se presenta en la Figura 6.

Figura 6

Estructura de Factores de riesgo

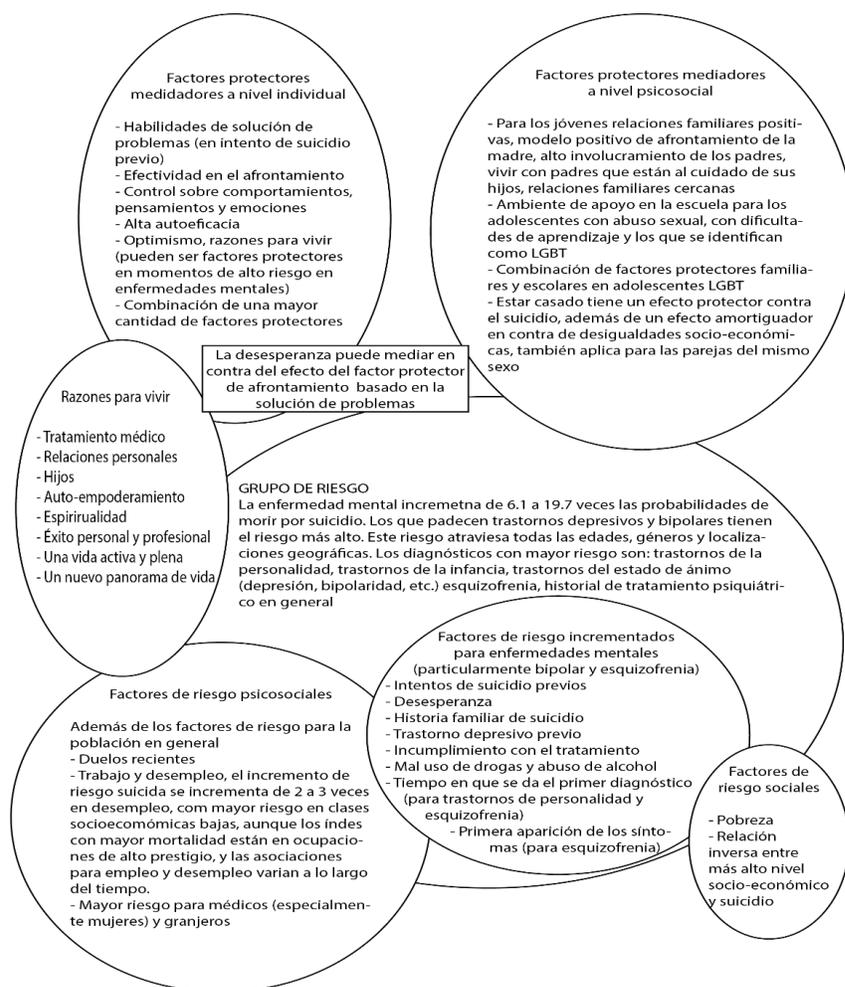


Nota. Traducido de McLean et al. (2008).

Finalmente, según McLean y colaboradores (2008) existen pocas evidencias de factores protectores significativos en grupos de alto riesgo de suicidio por lo que realizaron un modelo teórico para analizar la relación entre factores de riesgo y protectores en el grupo de personas con enfermedades mentales, buscando demostrar que condiciones particulares pueden generar factores de riesgo adicionales en grupos de alto riesgo (McLean et al., 2008). El modelo se muestra en la Figura 7.

Figura 7

Factores de riesgo exacerbados y mediadores de protección en personas con enfermedad mental.



Nota. Traducido de McLean et al. (2008).

En general los modelos explicativos de los comportamientos suicidas, los cuales son una base teórica importante para la comprensión, prevención y atención del suicidio, no abordan explícitamente y ampliamente los factores de protección.

La menor relevancia en la inclusión e investigación de los factores de protección favorece una postura parcial y patologizante de dichos comportamientos. La importancia de dichos factores en el bienestar emocional y su relevancia para la prevención del suicidio se puede entender desde premisas y postulados de la psicología positiva que se presenta en el siguiente capítulo.

Capítulo 5. Psicología Positiva

La Psicología Positiva fue introducida en 1998 por Martin Seligman, esta perspectiva de la psicología propone enfocarse en el análisis, revisión y desarrollo de las características, motivaciones y experiencias positivas de las personas, a lo largo de su vida, actuales y potenciales (Bahamon, 2016; Csikszentmihalyi, 2014; Domínguez e Ibarra, 2017; Kelliher-Rabon et al., 2018). Al enfocarse en las fortalezas y potencial humano, la Psicología Positiva contrasta con otros enfoques de la psicología clínica y disciplinas enfocadas en la psicopatología que hacen énfasis en déficits, efectos negativos o estresores de los individuos.

Desde la Psicología Positiva se ha propuesto que, el estudio de la experiencia humana positiva se puede abordar desde tres aristas: 1) analizar las experiencias positivas, 2) aproximarse al estudio de las fortalezas psicológicas y 3) analizar las características que configuran y determinan las organizaciones positivas (Domínguez e Ibarra, 2017).

Adicionalmente, para el análisis de la experiencia humana, la Psicología Positiva define tres niveles; subjetivo, individual y grupal. En el nivel subjetivo se encuentran las experiencias subjetivas significativas, situadas en tres momentos temporales: bienestar, alegría y satisfacción, ubicado en el pasado; alegría, placer y felicidad en el presente; y optimismo, esperanza y fe, cogniciones constructivas sobre el futuro (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Csikszentmihalyi, 2014).

En el nivel individual se encuentran los rasgos individuales positivos, tales como: la capacidad para el amor y la vocación, el coraje, la habilidad interpersonal, la sensibilidad estética, la perseverancia, el perdón, la originalidad, la mentalidad futura, la espiritualidad, el talento y la sabiduría (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Csikszentmihalyi, 2014).

Finalmente, en el nivel grupal se hallan las virtudes cívicas y las instituciones que dirigen a las personas hacia una mejor ética ciudadana: responsabilidad, crianza, altruismo, cortesía, moderación, tolerancia y ética de trabajo (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Csikszentmihalyi, 2014). Estos niveles se pueden observar en la Figura 8.

Figura 8

Niveles para el análisis de la experiencia humana desde la psicología positiva

Subjetivo		Individual	Grupal
Pasado	Bienestar	Rasgos positivos	Virtudes e instituciones
	Alegría	- Amor - Vocación	- Responsabilidad - Crianza - Altruismo - Cortesía - Moderación - Tolerancia - Ética
	Satisfacción	- Coraje	
Presente	Alegría	- Habilidad interpersonal - Sensibilidad estética	
	Placer	- Perseverancia - Perdón	
	Felicidad	- Originalidad	
Futuro	Optimismo	- Mentalidad a futuro - Espiritualidad	
	Esperanza	- Talento - Sabiduría	
	Fe		

Nota: Retomado de Seligman y Csikszentmihalyi (2000) y Csikszentmihalyi (2014)

Considerando los elementos anteriores, Seligman (citado en Domínguez e Ibarra, 2017) planteó el modelo PERMA, cuyas siglas significan: P por Emoción Positiva (Positive Emotion), E por Compromiso (Engagement), R por Relaciones (Relationships), M por

Significado (Meaning), y A por Logro (Accomplishment). Estos elementos trabajan en conjunto para generar bienestar y cuentan con las siguientes propiedades: 1) Contribuyen al bienestar; 2) Muchas personas buscan y eligen libremente acciones para promoverlos; y 3) Se definen y miden independientemente entre los elementos (Domínguez e Ibarra, 2017).

Al enfocarse únicamente en el lado desadaptativo del comportamiento y en las debilidades personales para comprender la psicopatología, se pierde una parte fundamental de las personas, las fortalezas y virtudes humanas, los recursos para prevenir y tratar eficazmente la psicopatología y los elementos que permiten generar bienestar psicológico (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Peterson y Seligman, 2004).

El enfocarse en el desarrollo de aspectos positivos es importante para la población joven y adolescente ya que permite impactar en el desarrollo de habilidades, la calidad de vida, la felicidad, el funcionamiento social y la disminución de ciertos riesgos, como lo son los comportamientos suicidas (Bahamon, 2016; Kelliher-Rabon et al., 2018).

En relación al riesgo de suicidio, este ha sido abordado en gran medida desde la identificación y análisis de factores de riesgo individuales, relacionales, comunitarios y sociales, para la generación de estrategias de atención (Arias-López 2013; Huffman et al., 2014). Sin embargo, las estrategias de prevención e intervención del suicidio se pueden mejorar al identificar no solo los factores de riesgo, sino también los factores protectores que reducen la probabilidad de suicidio, esta importancia se puede observar en los tratamientos basados en el desarrollo de pensamientos, emociones y/o conductas adaptativas y positivas (Kelliher-Rabon et al., 2018).

La perspectiva con énfasis en fortalezas de la Psicología Positiva permite entender el fenómeno del suicidio desde una postura de promoción de la salud, en la que se destacan y desarrollan los elementos positivos del sujeto al fortalecer sus rasgos y aumentar su

bienestar psicológico, social y personal, reduciendo de este modo la posibilidad de llegar a considerar el suicidio como una opción (Bahamon, 2016). Al retomar variables positivas como el optimismo, la esperanza y la capacidad de afrontamiento, se incide en la reducción del suicidio al interrumpir las asociaciones típicas entre los factores estresantes y los comportamientos suicidas (Kelliher-Rabon et al., 2018).

Un ejemplo de estas intervenciones es el estudio de Teismann et al., (2019) que encontró en una muestra de 170 adultos, que las emociones y autoevaluaciones positivas tienen una influencia protectora ya que cuando están presentes, la ideación suicida es menos probable. Esto se puede asociar al componente de emociones positivas, del modelo PERMA, apoyando la hipótesis que estas emociones son catalizadoras para el desarrollo de cogniciones y estrategias en el individuo que favorecen el afrontamiento y recuperación frente a las adversidades.

Desde la Psicología Positiva se proponen diferentes tipos de intervención, algunos de estos analizan hechos pasados o presentes que cumplan un papel importante en el bienestar hedónico de las personas. Éste es un componente importante en los jóvenes con riesgo suicida, que a menudo refieren interpretaciones negativas acerca de diferentes aspectos de su vida incluyendo eventos adversos y malestar en diferentes momentos de su vida (Bahamon, 2016). Otras intervenciones basadas en el futuro pueden tener un impacto significativo en la persona, teniendo un efecto protector frente a la depresión, el riesgo suicida y otros problemas emocionales (Bahamon, 2016).

En general, las intervenciones desde la Psicología Positiva parecen lograr la disminución o eliminación de la angustia y el riesgo de daño a sí mismo en pacientes suicidas (Kleiman et al., 2014; Krysinska et al., 2015). Ante estos resultados, las estrategias planteadas encajan con los marcos etiológicos y terapéuticos existentes que promueven la regulación de

las emociones, el bienestar social y el funcionamiento cognitivo-emocional adaptativo (Kelliher-Rabon et al., 2018).

Aunque la Psicología Positiva ha impulsado el estudio de los factores de protección en relación con los comportamientos suicidas, aún existen variables no, como se pudo observar en el capítulo tres con la revisión de las variables de disfrute experimentado, gaudibilidad y el buen trato, variables centrales de presente trabajo.

Planteamiento del Problema

Dentro de la promoción de la salud mental un tema prioritario es la prevención del suicidio. El suicidio es considerado un problema de salud pública de proporciones epidémicas (OMS, 2019) que se ha presentado a lo largo de la historia de la humanidad y que ha sido estudiado desde diferentes perspectivas, áreas del conocimiento y posturas fenomenológicas (Amador, 2015; Bilbao et al., 2016).

Los datos epidemiológicos sobre comportamientos suicidas han determinado asociaciones, prevalencias y diferencias en relación a algunas variables como edad, sexo, métodos, etc. (Clapperton et al., 2019). En este sentido las estadísticas, características, factores de riesgo y de protección presentan variaciones según países, regiones y grupos de las poblaciones a los que hacen referencia (Ceballos-Espinoza y Chávez-Hernández, 2016; Martín, 2016).

Además, los datos epidemiológicos se enfocan mayoritariamente en las muertes por suicidio, sin embargo, este es solo uno de los comportamientos suicidas. En cuanto a los intentos de suicidio e ideación suicida se considera que tienen mayor prevalencia en comparación con el suicidio, no obstante, no se cuenta con datos precisos sobre ellos (Siabato y Salamanca, 2015).

Los jóvenes son un grupo de alto riesgo en México (Vallejo-Casarín et al., 2016) ya que presenta la mayor tasa de muertes por suicidio, y el suicidio se ha colocado dentro de las principales causas de muerte para personas entre 15 a 29 años (Román y Abud, 2017; INEGI, 2021a). Además, se considera que en general la cantidad de comportamientos suicidas es mayor que la presentada en otros grupos etarios.

Se ha encontrado que un porcentaje importante de trastornos mentales inician en la adolescencia y juventud. Por lo que los estudiantes universitarios se consideran un grupo vulnerable a presentar sintomatología psicopatológica además de otros factores de riesgo asociados a los comportamientos suicidas (Villar-Cabeza, et al., 2018; Bruffaerts et al., 2019).

La Universidad Autónoma de Coahuila cuenta con 67 Unidades Académicas que corresponden a 14 Bachilleratos, 45 Escuelas o Facultades que imparten educación superior, 8 Centros de Investigación y 3 Hospitales Universitarios. Los cuales están divididos en tres Unidades: Norte, Saltillo y Torreón y en el 2019 se contaba con 25,415 estudiantes de nivel licenciatura matriculados en la universidad (Universidad Autónoma de Coahuila, 2022).

En relación a los comportamientos suicidas en estudiantes universitarios de la región sureste de la Universidad Autónoma de Coahuila se reportó en un estudio realizado en 2018 que 21.6% de 829 estudiantes encuestados mencionaron haber tenido ideación suicida en los últimos 12 meses y 36.3% alguna vez en la vida; 23.4% había desarrollado algún plan suicida y el 12.9% en los últimos 12 meses; y finalmente 9.1% respondió que había realizado un intento de suicidio alguna vez en la vida y el 1.9% en los últimos 12 meses (PUERTAS – UAdeC, 2018).

Un aspecto ampliamente estudiado sobre los comportamientos suicidas es la identificación de factores de riesgo y de protección. Se han identificado una cantidad considerable de dichos factores, sin embargo, ninguno de ellos por sí mismo puede predecir certeramente los comportamientos suicidas o la ausencia de los mismos, por lo que no pueden ser entendidos desde una perspectiva lineal de causa - efecto (Hjelmeland y Knizek, 2016; Fazakas-DeHoog et al., 2017; Hjelmeland et al., 2018a; Hadzic et al., 2020).

Con base en lo anterior se puede concluir que los comportamientos suicidas se generan a partir de una compleja interacción de múltiples variables de índole individual, social, familiar, cultural, etc. (Martínez y Robles, 2016), en donde se ha encontrado evidencia de la incidencia de diversos factores de riesgo y protectores que se relacionan, combinan y potencializan para generar la presencia o disminución de comportamientos suicidas.

Las interrogantes en cuanto a la prevención del suicidio y la influencia de los factores de riesgo y de protección, no se pueden considerar completamente comprendidas y probadas. Algunos factores como la depresión y ansiedad han sido ampliamente estudiados en su relación con los comportamientos suicidas, así como la regulación emocional, resiliencia, percepción de apoyo, por mencionar algunos.

Sin embargo, un área de oportunidad que se podría ampliar es la identificación y comprensión de los factores protectores, así como su interacción para aproximarse al entendimiento y sobre todo la prevención de los comportamientos suicidas (Ati et al., 2020).

La OMS (2016) enfatiza la importancia de la promoción de salud mental, y la necesidad de generar acciones que permitan la creación de entornos y condiciones de vida saludables, y que dichas estrategias sean sostenidas a lo largo del tiempo para conseguir resultados positivos a largo plazo. Lo cual es aplicable en la prevención del suicidio.

A nivel mundial se han desarrollado una diversidad de estrategias y protocolos para atender los comportamientos suicidas, a través de estrategias para la disminución de factores de riesgo, la promoción de factores protectores o el desarrollo de habilidades que disminuyan las probabilidades de que las personas puedan morir por suicidio (OMS, 2012, 2014; OPS, 2016). Asimismo, se considera que estas intervenciones se deberían desarrollar

y aplicar considerando las características particulares de la población objetivo para incrementar las probabilidades de éxito (Siabato y Salamanca, 2015).

El presente trabajo busca analizar las variables del disfrute experimentado, la gaudibilidad, y el buen trato en estudiantes universitarios del Estado de Coahuila para determinar si son factores protectores de la ideación suicida, así como analizar posibles diferencias en dichas variables y el sexo y edad; y finalmente poder generar un modelo explicativo de la ideación suicida a partir de las mismas.

Justificación

Dentro de los objetivos de desarrollo sostenible para el 2030 establecidos por la OMS y Organización Panamericana de la Salud (OPS) y asumidos por diversas instituciones a nivel mundial, se reconoce como prioritario incidir en la mejora de la atención en salud mental y específicamente en la disminución de las muertes por suicidio (OMS, 2018a; OPS, 2017). En este mismo documento, se propone disminuir en un 15% los suicidios, considerando la cifra de 800,000 personas en el mundo fallecidas por dicha causa en 2018, correspondería a 120,000 suicidios menos para el 2030 (OMS, 2016), lo cual difícilmente se logrará sin la implementación de acciones efectivas para la prevención del suicidio (OMS, 2021a).

La OPS reconoce que los trastornos mentales tienen una gran morbilidad y son de las principales causas de discapacidad y mortalidad en el continente americano, iniciando en las personas en el 50% de los casos antes de los 14 años de edad (OPS, 2019). En relación al tema específico de suicidio la meta establecida para el Plan Estratégico 2014 – 2019 por la OPS en relación a la disminución de suicidios en población joven (15 a 24 años) la cual no se logró, por el contrario, la tasa de suicidios aumentó, por ello se continúa buscando reducir las muertes por dicha causa de 7.8, en el 2014 a 7.0 suicidios para el 2025 por cada 100,000 habitantes (OPS, 2019).

La OPS también establece que se deben formular planes intersectoriales, políticas y leyes para incrementar el bienestar psicológico de personas y poblaciones, que se debe contar con actividades de “prevención, vigilancia, detección temprana, tratamiento y promoción de la salud” (p. 85).

Organizaciones de injerencia mundial en torno al tema de salud reconocen también la necesidad de desarrollar aptitudes para la vida, habilidades socioemocionales, promoción de una salud mental positiva y la reducción de trastornos mentales y el suicidio

desarrollando intervenciones psicosociales prioritariamente enfocadas a la población de jóvenes y adolescentes (OMS, 2021b; OPS, 2017; OPS, 2019).

El Programa Sectorial derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019 – 2024 en México establece la garantía al acceso a servicios de salud mental y apoyo psicológico, y la implementación de campañas y programas de prevención del suicidio (Diario Oficial de la Federación, 2020). En Coahuila el Programa Estatal de Salud 2017 – 2023 especifica el disminuir la incidencia de suicidio a través de una estrategia intersectorial y multidisciplinaria para la detección y atención oportuna a personas con tendencias suicidas (Gobierno del Estado de Coahuila de Zaragoza, 2018). Asimismo, en Coahuila la Ley de Prevención del Suicidio tiene como objetivo prevenir comportamientos suicidas (Periódico Oficial, 2019).

Para la consecución de los acuerdos a nivel internacional, nacional y estatal, las variables asociadas a los comportamientos suicidas aún requieren ser estudiadas científicamente, en especial las que hacen referencia a los factores protectores. Además, existen variables novedosas, relacionadas de forma indirecta como posibles factores de protección del suicidio, como el disfrute experimentado, la gaudibilidad y el buen trato, pero que no han sido abordadas directamente como factores protectores de los comportamientos suicidas y específicamente de la ideación suicida en jóvenes universitarios. Es por ello que este proyecto de tesis busca aportar información en torno a este hueco del conocimiento.

Objetivo General

Analizar factores de protección de disfrute, gaudibilidad y buen trato en cuanto a su relación con la ideación suicida en jóvenes estudiantes de la Universidad Autónoma de Coahuila (UAdeC).

Objetivos Específicos

- Identificar si existen diferencias entre el disfrute, gaudibilidad y buen trato entre estudiantes con ideación suicida y los que no la reportan de la UAdeC.
- Identificar diferencias de sexo en el disfrute, gaudibilidad y buen trato en estudiantes con ideación suicida y los que no la reportan de la UAdeC.
- Correlacionar la edad con el disfrute, gaudibilidad y buen trato en los estudiantes con ideación suicida y los que no la reportan de la UAdeC.
- Desarrollar un modelo predictivo sobre las variables de disfrute, gaudibilidad y buen trato para la ideación suicida en estudiantes universitarios de la UAdeC.

Preguntas de Investigación

Para analizar las variables de disfrute, gaudibilidad y buen trato en estudiantes con y sin ideación suicida de la Universidad Autónoma de Coahuila, se busca responder a las siguientes preguntas:

1. ¿Existen diferencias entre las variables del disfrute, gaudibilidad y buen trato en estudiantes de la UAdeC con ideación suicida y en estudiantes que no la reportan?
2. ¿Existen diferencias entre hombres y mujeres en las variables de disfrute, gaudibilidad y buen trato en estudiantes de la UAdeC con ideación suicida y quienes no la reportan?
3. ¿Existen correlaciones entre la edad y las variables de disfrute, gaudibilidad y buen trato en estudiantes de la UAdeC con ideación suicida y aquellos que no la reportan?
4. ¿Existe un modelo que permita a partir de las variables de disfrute, gaudibilidad y buen trato en estudiantes universitarios de la UAdeC la predicción de la ideación suicida?

Hipótesis

H₁: Los estudiantes con ideación suicida presentaran puntuaciones significativamente más bajas en las variables de disfrute, gaudibilidad y buen trato que los estudiantes sin ideación.

H₀₁: Los estudiantes con ideación suicida no presentaran puntuaciones significativamente más bajas en las variables de disfrute, gaudibilidad y buen trato que los estudiantes sin ideación.

H₂: Los participantes hombres presentaran puntuaciones significativamente más bajas en las variables de disfrute, gaudibilidad y buen trato en comparación las mujeres.

H₀₂: Los participantes hombres no presentaran puntuaciones significativamente más bajas en las variables de disfrute, gaudibilidad y buen trato en comparación con las mujeres.

H₃: Existe correlación entre la edad y las variables de disfrute, gaudibilidad y buen trato.

H₀₃: No existe correlación entre la edad y las variables de disfrute, gaudibilidad y buen trato.

H₄: Los factores protectores de la gaudibilidad, el disfrute y el buen trato integran un modelo que predice la ideación suicida en estudiantes universitarios de la UAdeC.

H₀₄: Los factores protectores de la gaudibilidad, el disfrute y el buen trato no integran un modelo que predice la ideación suicida en estudiantes universitarios de la UAdeC.

Método

Diseño de Investigación

Se desarrolló un estudio empírico a través de la aplicación de investigación no experimental por la imposibilidad del control de las variables, la ausencia de una selección y asignación al azar de los participantes y porque las variables solamente fueron medidas a través de la aplicación de instrumentos y no manipuladas (Ato et al., 2013).

La estrategia aplicada fue asociativa y explicativa pues se buscó analizar la relación funcional entre variables cuantitativas para la predicción de comportamientos (Ato et al., 2013).

Asimismo, el estudio fue transversal y con un diseño explicativo con variables observables, al recabar información sobre el posible efecto de variables predictoras en un criterio, que en este caso fue la ideación suicida en la población seleccionada, en un solo momento del tiempo, buscando conocer la relación funcional entre las variables estudiadas (Ato et al., 2013; Goodwin y Goodwin, 2013).

Descripción de los Participantes

Se consideraron como parte de la población a todos los estudiantes inscritos en las licenciaturas e ingenierías en modalidad presencial, de la UAdeC. Y se tomaron como criterios de selección los siguientes:

- Estar inscrito en una licenciatura o ingeniería en modalidad presencial de la UAdeC.
- Estar en un rango de edad entre 18 a 29 años.
- Acceder a participar de manera voluntaria.

Y como criterios de exclusión:

- Estar realizando un semestre de movilidad académica nacional o internacional.
- Ser estudiante de nivel posgrado o medio superior en la UAdeC.
- Estar fuera del rango de edad establecido para el estudio.

Muestra

El formulario fue distribuido de manera electrónica y se aplicó a una muestra de sujetos voluntarios, invitando a través de los coordinadores de tutorías, los directores y directoras entre los meses de marzo a abril del 2022.

Se aplicó la batería a un total de 1,481 personas, de las cuales se eliminaron a 126 personas por que estaban fuera del rango de edad (69 personas), respondieron que no deseaban participar (39 personas), reportaron no ser estudiantes de la Universidad Autónoma de Coahuila (17 personas) y una persona que se identificó con respuesta repetida por los datos de identificación solicitados.

La muestra final quedó conformada por 1,355 estudiantes de los cuales 905 fueron mujeres y 444 hombres, 5 personas refirieron en la pregunta sobre su sexo la respuesta de *otro*. El rango de edad fue de 18 a 29 años con una media de 20.6 años y una desviación estándar de 1.99, en su mayoría solteros (92.9%), con orientación sexual heterosexual (83.4%) y viviendo con familiares (88.6%).

En cuanto a la distribución por unidades académicas, se recabaron 344 baterías aplicadas en la unidad norte, 403 en la unidad Saltillo y 607 en la unidad Torreón. Los estudiantes se encontraban inscritos en los semestres del primero al décimo, principalmente en segundo y cuarto semestre, 30.1% y 21.9% respectivamente.

Procedimiento de Aplicación

El proyecto se desarrolló en cuatro etapas:

- 1) Análisis de la bibliografía para el establecimiento de las variables a considerar dentro de la batería de pruebas sobre factores protectores no estudiados en relación con la ideación suicida.
- 2) Aplicación de la prueba piloto a estudiantes universitarios pertenecientes a otras regiones del Estado y otras Universidades para determinar el tiempo de aplicación, la comprensión y claridad de los reactivos y del formato electrónico de la batería, así como la validez y confiabilidad de las pruebas para la población específica.
- 3) Aplicación de la batería final a estudiantes universitarios de entre 18 a 29 años, y el procesamiento para la entrega de resultados a través de correo electrónico con información de canalización. Con los estudiantes que evidencian puntuaciones moderadas y elevadas de riesgo suicida que brindaron un correo de contacto se les envió información de canalización inmediata y directa a través centros de atención públicos, privados e institucionales. Asimismo, se le dio acceso a todos los participantes que los solicitaron a un archivo electrónico con materiales de autoayuda, videos y ligas de interés en relación a atención y prevención de los principales factores de riesgo.
- 4) Análisis estadístico de la información recabada a partir de la batería aplicada con el software estadístico SPSS 26.

Instrumentos

Los instrumentos incluidos en la batería de pruebas se establecieron con base en la revisión teórica de los factores de protección de disfrute, gaudibilidad y buen trato, así como un instrumento que mide la ideación suicida en los últimos 7 días.

Los instrumentos utilizados contaban con evidencia sobre su validez y confiabilidad reportada para población mexicana. Asimismo, se corroboró la confiabilidad de los mismos a través de la obtención del Alfa de Cronbach en la muestra estudiada. A continuación, se describen los datos sobre los instrumentos utilizados.

- Escala para medir el Disfrute Experimentado en Adultos (EDEA) (Padrós y Martínez, 2021). Esta escala unidimensional está conformada por 6 reactivos, y ha reportado una consistencia interna de alfa de Cronbach de $\alpha = .86$. La escala tiene opciones de respuesta en escala Likert de 5 puntos que van de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo y se califican del 0 al 4, todos los reactivos son directos y la calificación total tiene un rango del 0 al 24 en donde las puntuaciones más elevadas indican niveles más altos de disfrute experimentado. En el presente estudio el alfa de Cronbach obtenido fue de $\alpha = .91$. La escala completa se presenta en el Anexo A.
- Escala de Gaudibilidad (GSAM) (Padrós-Blázquez et al., 2021a). Esta escala está diseñada para medir los moduladores que regulan el disfrute experimentado, está compuesta por 24 reactivos con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos, que van de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo y se califican de 0 a 4, generando un rango de posibles puntuaciones del 0 al 96 en donde a mayor puntuación se considera que la persona tiene

una mayor gaudibilidad. Cuenta con reactivos inversos (2, 4, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 17, 19, 21 y 24) y evalúa los siguientes seis factores:

- Imaginación, reactivos 6, 13, 18 y 23 ($\alpha = .794$);
- Creencias irracionales, reactivos 4, 11, 16 y 24 ($\alpha = .741$);
- Disfrute en soledad, reactivos 2, 8, 15 y 19 ($\alpha = .738$);
- Interés, reactivos 1, 7, 12 y 20 ($\alpha = .733$);
- Concentración, reactivos 5, 10, 17 y 21 ($\alpha = .728$); y
- Sentido del humor, reactivos 3, 9, 14 y 22 ($\alpha = .710$);

La escala total reportó un alfa de Cronbach de $\alpha = .858$ (Padrós-Blázquez et al., 2021a) y en el presente estudio el alfa de Cronbach obtenido en el total de la escala fue de $\alpha = .838$ y en las subescalas se encontró para imaginación $\alpha = .751$, creencias irracionales $\alpha = .503$, disfrute en soledad $\alpha = .859$, interés $\alpha = .767$, concentración $\alpha = .858$ y finalmente sentido del humor con $\alpha = .785$. La escala completa se presenta en el Anexo B.

- Escala de Buen Trato en Adultos Mexicanos (Ruvalcaba-Romero et al., 2018). Es una escala que mide la frecuencia en la que se reciben o generan acciones relacionadas al buen trato, definido como una competencia social que favorece el bienestar. La escala cuenta con 37 preguntas con respuesta en escala Likert de 5 puntos que van de nunca a siempre. Se compone de seis factores: buen trato recibido, consideración, amabilidad, expresión de afecto, buen trato autogenerado físico y buen trato autogenerado psicológico. En el desarrollo de la prueba se realizaron análisis factoriales exploratorios y confirmatorios, y se reportaron Alpha's de Cronbach de entre .794 a 8.75 en los factores y un alfa de la escala total de .949; asimismo se estimó la validez convergente y divergente, encontrando

adecuadas propiedades psicométricas en los análisis desarrollados (Ruvalcaba-Romero et al., 2018).

En el presente estudio el alfa de Cronbach obtenido fue de $\alpha = .945$ y en las subescalas de esta prueba se encontraron que para el buen trato recibido $\alpha = .963$, consideración $\alpha = .874$, amabilidad $\alpha = .848$, expresión de afecto $\alpha = .780$, buen trato autogenerado $\alpha = .819$ y buen trato psicológico $\alpha = .803$. La escala completa se presenta en el Anexo C.

- Escala de Ideación Suicida de Roberts y Chen (1995). La escala está compuesta por 4 reactivos con 4 opciones de respuestas que tienen que ver con la cantidad de días en la última semana que se han presentado creencias asociadas a la ideación suicida, en población mexicana reportó un alfa de Cronbach de $\alpha = .666$ (Padrós et al., 2023). Esta escala propone el punto de corte en la puntuación de 6 o más para determinar el riesgo de ideación suicida. Para el presente estudio se encontró un alfa de Cronbach de $\alpha = .839$.

Aspectos Éticos

Esta investigación se ajustó a los lineamientos éticos de la profesión establecidos en el código ético del psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007) y a lo establecido en la declaración de Helsinki sobre principios éticos para las investigaciones médicas y en seres humanos (Asamblea Médica Mundial, 2022). Además, fue aprobado por el comité de Bioética de la Facultad de Medicina en la Unidad Torreón en el Ethical Clearance Certificate con número de referencia C.B/01-03-22.

Dentro del estudio se puso especial atención en aquellos aspectos éticos relacionados con la promoción de la salud y el bienestar de las personas participantes en la investigación; el resguardo de la información y aseguramiento de la confidencialidad; el uso de los datos recabados solo con fines de investigación y académicos; y el ofrecimiento de ayuda psicológica en caso de desearlo los participantes entregándoles sus resultados individuales.

Para garantizar el ofrecimiento de atención especializada en salud mental se dio acceso a un directorio de instituciones que brindan apoyo psicológico gratuito a distancia; materiales de autoayuda que abordaban temas de estrés, depresión, emociones, cogniciones desadaptativas, ansiedad, autoestima, por mencionar algunos; y ligas para acceder a videos de meditación, relajación y respiración.

Se entregó información sobre el proyecto y se solicitó el consentimiento informado de los participantes, el cual puede ser revisado en el anexo F. Como la aplicación fue través de medios electrónicos, se brindó información escrita al inicio del formato sobre el proyecto y sus objetivos, y en caso de no desear participar se dio la opción a los estudiantes

de recibir información de canalización o ligas de interés sobre salud mental independientemente de su participación en el estudio.

Para garantizar la confidencialidad de los y las participantes se utilizaron códigos en los instrumentos aplicados. Asimismo, los participantes que desearon escribieron de forma voluntaria un correo electrónico para recibir sus resultados independientemente del puntaje obtenido. Al inicio de la batería se aclaró que se podía abandonar la aplicación en cualquier momento sin afectación alguna.

Todos los participantes tuvieron acceso a información de contacto de la tesista y se recibieron comentarios de dudas, aclaraciones, solicitudes particulares relacionadas a la temática de la tesis y comentarios.

Resultados

Participaron 1,355 estudiantes. La edad de los participantes tuvo un rango de entre los 18 y 29 años de edad, con una media de 20.6 años (D.S. = 1.99). Participaron 906 mujeres (66.9%), 444 hombres (32.8%) y 5 personas se identifican con otro sexo (0.3%); la mayoría eran solteros (1,259 equivalente al 92.9%); y 1,200 (88.6%) estaban viviendo con familiares.

En cuanto a la unidad regional de la UAdeC en la cual estaban inscritos los participantes, 344 (25.4%) eran estudiantes de la unidad Norte, 403 (29.8%) de la unidad Saltillo y 608 (44.8%) de la unidad Torreón.

Respecto de las conductas suicidas, 337 (24.87%) participantes reportaron ideación en los últimos 12 meses y 82 (6.05%) reportaron un intento de suicidio en los últimos 12 meses.

En cuanto la confiabilidad de los instrumentos, mostradas en la muestra de estudio, y evaluada mediante Alfas de Cronbach, se observó que los instrumentos fueron confiables, los valores de cada escala y subescala se reporta en el apartado de instrumentos todos los valores identificados oscilaron entre confiabilidad media a alta.

Se analizó la distribución de los factores protectores y de la ideación suicida medida a través de la prueba de Roberts, y no se observó una distribución normal en la muestra en esta variable según la prueba de Shapiro-Wilk (Ver Tabla 2). Con base en los resultados obtenidos se decidió utilizar pruebas no paramétricas.

Tabla 2*Prueba de normalidad*

	Estadístico	gl	Sig.	Asimetría	Curtosis
Ideación suicida en los últimos 7 días	.76	1355	<.001	1.74	2.74
Imaginación (SG)	.95	1355	<.001	-.58	-.05
Creencias irracionales (SG)	.95	1355	<.001	-.71	.49
Disfrute en soledad (SG)	.95	1355	<.001	-.42	-.67
Interés (SG)	.94	1355	<.001	-.68	.15
Concentración (SG)	.97	1355	<.001	.12	-.90
Sentido del humor (SG)	.95	1355	<.001	-.62	-.14
Gaudibilidad total	.99	1355	<.001	-.31	.16
Disfrute	.96	1355	<.001	-.47	-.43
Buen trato recibido (SBT)	.93	1355	<.001	-.65	-.47
Consideración (SBT)	.92	1355	<.001	-1	1.1
Amabilidad (SBT)	.87	1355	<.001	-1.05	.81
Expresión de afecto (SBT)	.98	1355	<.001	-.10	-.46
Buen trato autogenerado físico (SBT)	.99	1355	<.001	-.07	-.30
Buen trato autogenerado psicológico (SBT)	.98	1355	<.001	-.15	-.45
Buen trato total	.98	1355	<.001	-.39	-.30

Nota. SG: subescalas de la Escala de Gaudibilidad; SBT: sub escalas de la Escala de buen trato. Se aplicó Shapiro-Wilk.

Es importante mencionar que los siguientes análisis se realizaron considerando la ideación suicida de dos formas, la primera reportada por un reactivo dicotómico en el que se preguntó a los participantes si habían tenido ideación suicida en los últimos 12 meses; y un segundo análisis considerando los resultados obtenidos por la Escala de Roberts que identifica si las personas tenían ideación suicida en los últimos 7 días. Por lo que al presentar los resultados se consideran estos dos periodos de tiempo.

Diferencias de los factores protectores en estudiantes de la UAdeC con y sin ideación suicida

Los estudiantes que reportaron tener ideación suicida en los últimos 12 meses fueron 337 y 1,018 los que negaron tenerla. Se realizó una prueba de U de Mann-Whitney para comparar los dos grupos e identificar diferencias en las variables analizadas. Como se puede observar en la tabla 3, hubo menor puntaje en las escalas y subescalas de todos los instrumentos en estudiantes con ideación suicida con excepción de la subescala de imaginación de gaudibilidad y la subescala de consideración de la escala de buen trato. Respecto del tamaño del efecto generado con la *r* de Rosenthal se identificaron tamaños del efecto de bajos (.10 a .20) a medios (.21 a .50) (Domínguez-Lara, 2018).

Tabla 3

Diferencias en disfrute, gaudibilidad y buen trato en estudiantes con y sin ideación suicida en los últimos 12 meses

Variable	Con ideación		Sin ideación		Z	Sig.	Tamaño del efecto
	Media	Ds	Media	Ds			
Imaginación (SG)	11.04	3.89	11.25	3.34	-.22	.825	0.01
Creencias irracionales (SG)	10.81	2.96	12.22	2.59	-7.73	<.001	0.21
Disfrute en soledad (SG)	8.96	4.84	10.56	4.14	-5.09	<.001	0.14
Interés (SG)	9.46	3.20	12.36	2.93	-14.06	<.001	0.38
Concentración (SG)	5.41	4.12	8.36	4.39	-10.52	<.001	0.29

Sentido del humor (SG)	10.12	3.81	11.85	3.17	-7.25	<.001	0.20
Gaudibilidad total	55.79	12.81	66.60	11.95	-12.67	<.001	0.34
Disfrute	11.55	5.56	16.95	5.07	-14.50	<.001	0.39
Buen trato recibido (SBT)	39.42	11.73	49.23	9.79	-13.24	<.001	0.36
Consideración (SBT)	33.66	5.45	34.44	4.65	-1.86	.063	0.05
Amabilidad (SBT)	17.07	2.64	17.75	2.42	-4.48	<.001	0.12
Expresión de afecto (SBT)	16.36	4.40	17.67	4.11	-4.48	<.001	0.12
Buen trato autogenerado físico (SBT)	9.85	3.27	12.82	3.24	-13.31	<.001	0.36
Buen trato autogenerado psicológico (SBT)	12.21	3.17	14.80	3.13	-12.30	<.001	0.33
Buen trato total	128.58	20.72	146.71	20.16	-12.94	<.001	0.35

Nota. SG: subescalas de la Escala de Gaudibilidad; SBT: sub escalas de la Escala de buen trato. Se aplicó U de Mann Whitney.

Del total de la muestra, 146 estudiantes reportaron ideación suicida en los últimos 7 días y 1,209 reportaron no tenerla. Se realizó una prueba de U de Mann-Whitney para comparar los dos grupos e identificar diferencias entre las variables estudiadas. En la tabla 4 se puede observar que hubo menores puntajes en las escala y subescalas de los participantes con ideación suicida en comparación con los que no la reportaban, a excepción de la subescala de imaginación en la escala de gaudibilidad. El tamaño del efecto determinado mediante la *r* de Rosenthal identificó que las subescalas de consideración y expresión de afecto (de la escala de Buen trato) no era significativo y el resto de las

diferencias entre los puntajes de las escalas y subescalas mostraron valores de bajos (.10 a .20) a medios (.21 a .50) (Domínguez-Lara, 2018).

Tabla 4

Diferencias en disfrute, gaudibilidad y buen trato en estudiantes con y sin ideación suicida en los últimos 7 días

Variable	Con ideación		Sin ideación		Z	Sig.	Tamaño del efecto
	Media	Ds	Media	Ds			
Imaginación (SG)	11.10	4.01	11.21	3.42	-.26	.794	0.01
Creencias irracionales (SG)	10.44	3.14	12.04	2.65	-6.03	<.001	0.16
Disfrute en soledad (SG)	8.24	4.94	10.39	4.25	-5.12	<.001	0.14
Interés (SG)	8.76	3.55	11.99	3.03	-10.12	<.001	0.27
Concentración (SG)	4.40	4.09	8.02	4.40	-9.08	<.001	0.25
Sentido del humor (SG)	10.05	3.69	11.58	3.35	-4.80	<.001	0.13
Gaudibilidad total	52.99	13.12	65.23	12.39	-9.90	<.001	0.27
Disfrute	10.28	5.51	16.25	5.38	-11.01	<.001	0.30
Buen trato recibido (SBT)	37.59	11.61	47.90	10.56	-9.85	<.001	0.27
Consideración (SBT)	33.40	5.34	34.34	4.81	-1.97	.049	0.05
Amabilidad (SBT)	16.77	2.65	17.68	2.46	-4.35	<.001	0.12
Expresión de afecto (SBT)	16.15	4.51	17.49	4.16	-3.04	.002	0.08
Buen trato autogenerado físico (SBT)	8.84	3.02	12.47	3.34	-11.26	<.001	0.31

Buen trato							
autogenerado	11.32	3.15	14.50	3.19	-10.25	<.001	0.28
psicológico (SBT)							
Buen trato total	124.07	20.14	144.39	20.91	-10.19	<.001	0.28

Nota. SG: subescalas de la Escala de Gaudibilidad; SBT: sub escalas de la Escala de buen trato. Se aplicó U de Mann Whitney.

En el caso de la ideación suicida en los últimos 7 días, por ser una variable con escala Likert se realizó un análisis de Correlación de Spearman con las variables analizadas encontrando diferencias significativas y negativas en todas las variables con excepción de la imaginación. Esta información se puede observar en la tabla 5.

Tabla 5

Correlación entre disfrute, gaudibilidad y buen trato con ideación suicida en los últimos 7 días

Variable	Ideación suicida 7 días	
	<i>Coef de correlación</i>	<i>sig</i>
Imaginación (SG)	.023	.389
Creencias irracionales (SG)	-.253**	.000
Disfrute en soledad (SG)	-.225**	.000
Interés (SG)	-.452**	.000
Concentración (SG)	-.394**	.000
Sentido del humor (SG)	-.247**	.000
Gaudibilidad total	-.446**	.000
Disfrute	-.476**	.000
Buen trato recibido (SBT)	-.450**	.000
Consideración (SBT)	-.121**	.000
Amabilidad (SBT)	-.170**	.000
Expresión de afecto (SBT)	-.193**	.000

Buen trato autogenerado físico (SBT)	-.490**	.000
Buen trato autogenerado psicológico (SBT)	-.456**	.000
Buen trato total	-.468**	.000

Nota. SG: subescalas de la Escala de Gaudibilidad; SBT: sub escalas de la Escala de buen trato. Se aplicó correlación de Spearman.

Asimismo, se dividió a la muestra en aquellos con ideación suicida y sin ideación suicida y con la presencia o ausencia de los factores protectores, tomando como punto de corte la mediana de cada una de las variables, para analizar el efecto protector o de riesgo a través de *Odds Ratio* (OR) con un intervalo de confianza del 95% con base en lo propuesto por Altman (1991). Estos resultados se presentan en la tabla 6, en dónde se observa que todas las variables se identificaron como protectoras con excepción de la subescala de imaginación de la escala de gaudibilidad y las subescalas de consideración y expresión de afecto de la escala de buen trato. Las escalas y subescalas con un efecto protector más alto y por lo tanto que representan factores protectores más efectivos para la ideación suicida fueron la puntuación en la escala de disfrute, las subescalas de buen trato autogenerado físico y buen trato autogenerado psicológico y la escala total de buen trato.

Tabla 6

Comparación entre el disfrute, gaudibilidad y buen trato en estudiantes con y sin ideación suicida

Variable	Mdn	Sin ideación suicida		Con ideación suicida		OR	IC al 95%		z	P
		Si	No	Si	No		LI	LS		

Creencias irracionales (SG)	12	785	424	60	86	.38	.26	.53	5.46	<.001
Disfrute en soledad (SG)	11	626	583	54	92	.50	.35	.72	3.78	<.001
Interés (SG)	12	852	357	50	96	.22	.15	.31	8.21	<.001
Concentración (SG)	8	367	842	15	131	.26	.15	.45	4.78	<.001
Sentido del humor (SG)	12	679	530	59	87	.53	.37	.75	3.57	<.001
Gaudibilidad total	64	669	540	30	116	.21	.14	.32	7.36	<.001
Disfrute	16	706	503	28	118	.17	.11	.26	8.15	<.001
Buen trato recibido (SBT)	49	649	560	33	113	.25	.17	.38	6.69	<.001
Consideración (SBT)	35	668	541	73	73	.80	.57	1.14	1.20	.229
Amabilidad (SBT)	18	727	482	64	82	.52	.36	.73	3.73	<.001
Expresión de afecto (SBT)	17	700	509	74	72	.75	.53	1.05	1.66	.097
Buen trato autogenerado físico (SBT)	12	736	473	32	114	.18	.12	.27	8.21	<.001
Buen trato autogenerado psicológico (SBT)	14	732	477	34	112	.20	.13	.29	7.92	<.001
Buen trato total	144	656	553	29	117	.20	.13	.31	7.44	<.001

Nota. SG: subescalas de la Escala de Gaudibilidad; SBT: sub escalas de la Escala de buen trato. Se aplicó Odds Ratio.

Diferencias por sexo en factores de protección en estudiantes de la UAdeC con y sin ideación suicida.

Este estudio también buscó identificar diferencias de sexo en las variables de disfrute, gaudibilidad y buen trato en estudiantes con ideación suicida y los que no la reportaron.

En cuanto a las diferencias por sexo en la prevalencia de la ideación suicida en los últimos 12 meses se observó que los estudiantes que reportaron haber tenido ideación suicida fueron el 27.48% de las mujeres (249) y el 18.92% de los hombres (84), y los que no lo reportaron fueron el 72.52% de las mujeres (657) y el 81.08% de los hombres (360) con una diferencia significativa entre sexos determinada por la prueba de Chi cuadrada ($X^2= 11.76, p=.001$).

En cuanto a los factores protectores diferenciados por sexo, en la ideación suicida en los últimos 12 meses, se realizaron pruebas de U de Mann-Whitney para comparar a los hombres y mujeres con y sin ideación suicida e identificar diferencias significativas en relación a las variables de disfrute, gaudibilidad y buen trato encontrando que en el caso de las mujeres, todos los factores protectores tuvieron diferencias significativas entre las mujeres con y sin ideación suicida en los últimos 12 meses con excepción de la imaginación; y para el grupo de los hombres no se encontraron diferencias en las variables de imaginación, consideración, amabilidad y expresión de afecto.

Asimismo, la variable de consideración en las mujeres a pesar de reportar un valor significativo en la prueba de U de Mann-Whitney, el tamaño del efecto determinado con la r de Rosenthal determinó que no era significativo, el resto de las variables analizadas mostraron valores de bajos (.10 a .20) a medios (.21 a .50) (Domínguez-Lara, 2018). Los resultados se pueden observar en la tabla 7.

Tabla 7

Diferencias en disfrute, gaudibilidad y buen trato en hombres y mujeres con y sin ideación suicida en los últimos 12 meses

Variable	sexo	Media	Ds	Z	Sig.	Tamaño del efecto
Imaginación (SG)	Mujeres	11.05	3.95	-.33	.744	0.01
	Hombres	11.11	3.67	-.53	.596	0.01
Creencias irracionales (SG)	Mujeres	10.91	2.89	-7.45	<.001	0.20
	Hombres	10.38	3.15	-3.70	<.001	0.10
Disfrute en soledad (SG)	Mujeres	9.28	4.87	-3.76	<.001	0.10
	Hombres	8.05	4.66	-3.86	<.001	0.11
Interés (SG)	Mujeres	9.53	3.26	-10.63	<.001	0.29
	Hombres	9.23	2.93	-9.06	<.001	0.25
Concentración (SG)	Mujeres	5.29	4.16	-8.32	<.001	0.23
	Hombres	5.92	3.98	-5.73	<.001	0.16
Sentido del humor (SG)	Mujeres	10.25	3.88	-6.20	<.001	0.17
	Hombres	9.71	3.66	-4.03	<.001	0.11
Gaudibilidad total	Mujeres	56.31	13.06	-9.85	<.001	0.27
	Hombres	54.39	12.13	-7.80	<.001	0.21
Disfrute	Mujeres	11.57	5.63	-11.66	<.001	0.32
	Hombres	11.58	5.44	-8.14	<.001	0.22
Buen trato recibido (SBT)	Mujeres	39.99	11.41	-11.25	<.001	0.31
	Hombres	37.75	12.77	-6.95	<.001	0.19
Consideración (SBT)	Mujeres	33.94	5.27	-2.27	.023	0.06
	Hombres	32.92	5.86	-.56	.576	0.02
Amabilidad (SBT)	Mujeres	17.16	2.60	-4.53	<.001	0.12
	Hombres	16.89	2.69	-1.67	.095	0.05
Expresión de afecto (SBT)	Mujeres	16.34	4.42	-4.45	<.001	0.12
	Hombres	16.33	4.29	-1.71	.087	0.05
	Mujeres	9.63	3.19	-11.39	<.001	0.31

Buen trato autogenerado físico (SBT)	Hombres	10.57	3.47	-6.03	<.001	0.16
Buen trato autogenerado psicológico (SBT)	Mujeres	12.03	3.08	-10.18	<.001	0.28
	Hombres	12.71	3.37	-6.17	<.001	0.17
Buen trato total	Mujeres	129.08	20.70	-11.17	<.001	0.30
	Hombres	127.18	21.03	-6.65	<.001	0.18

Nota. SG: subescalas de la Escala de Gaudibilidad; SBT: sub escalas de la Escala de buen trato. Se aplicó U de Mann-Whitney.

En cuanto a las diferencias por sexo en la prevalencia de la ideación suicida en los últimos 7 días, se observó que los estudiantes con ideación suicida fueron el 11.92% de las mujeres (108) y el 8.11% de los hombres (36), y los que no lo reportaron fueron el 88.08% de las mujeres (798) y el 91.89% de los hombres (408), encontrado diferencia entre sexos ($X^2= 4.54, .033$).

Para identificar en las variables estudiadas las diferencias por sexo en el caso de la ideación suicida en los últimos 7 días se realizaron pruebas de U de Mann-Whitney, encontrando que en el caso de las mujeres todos los factores protectores tuvieron diferencias significativas entre las mujeres con y sin ideación suicida en los últimos 7 días con excepción de la imaginación; para los grupos de hombres no se encontraron diferencias en las variables de imaginación, disfrute en soledad, sentido del humor, consideración, amabilidad y expresión de afecto. Asimismo, la variable de consideración y expresión de afecto en las mujeres y creencias irracionales en los hombres a pesar de encontrarse un valor significativo en la prueba de U de Mann-Whitney, el tamaño del efecto determinado con la r de Rosenthal determinó que no era significativo, el resto de las variables analizadas mostraron valores de bajos (.10 a .20) a medios (.21 a .50) (Domínguez-Lara, 2018). Los resultados se pueden observar en la tabla 8.

Tabla 8

Diferencias en las variables de disfrute, gaudibilidad y buen trato en hombres y mujeres con y sin ideación suicida en los últimos 7 días

Variable	Sexo	Media	Ds	Z	Sig.	Tamaño del efecto
Imaginación (SG)	Mujeres	10.80	4.16	-.43	.664	0.01
	Hombres	12.08	3.47	-1.73	.083	0.05
Creencias irracionales (SG)	Mujeres	10.45	3.20	-5.55	<.001	0.15
	Hombres	10.22	2.94	-3.04	.002	0.08
Disfrute en soledad (SG)	Mujeres	8.24	4.83	-4.86	<.001	0.13
	Hombres	8.11	5.41	-1.95	.051	0.05
Interés (SG)	Mujeres	8.70	3.72	-7.99	<.001	0.22
	Hombres	8.78	3.11	-6.07	<.001	0.17
Concentración (SG)	Mujeres	4.05	3.95	-8.12	.005	0.22
	Hombres	5.72	4.27	-3.55	<.001	0.10
Sentido del humor (SG)	Mujeres	9.83	3.82	-5.01	<.001	0.14
	Hombres	10.61	3.31	-1.20	.231	0.03
Gaudibilidad total	Mujeres	52.07	13.49	-8.89	<.001	0.24
	Hombres	55.53	12.06	-4.23	<.001	0.12
Disfrute	Mujeres	10.13	5.68	-9.17	<.001	0.25
	Hombres	10.92	5.04	-5.71	<.001	0.16
Buen trato recibido (SBT)	Mujeres	37.91	11.61	-8.45	<.001	0.23
	Hombres	36.64	12.03	-4.96	<.001	0.13
Consideración (SBT)	Mujeres	33.20	5.68	-2.79	.005	0.08
	Hombres	34.28	3.87	-.75	.451	0.02
Amabilidad (SBT)	Mujeres	16.54	2.70	-5.45	<.001	0.15
	Hombres	17.64	2.10	-.52	.602	0.01
Expresión de afecto (SBT)	Mujeres	16.05	4.44	-3.20	.001	0.09
	Hombres	16.53	4.78	-.55	.579	0.01
	Mujeres	8.62	2.97	-9.58	<.001	0.26

Buen trato autogenerado físico (SBT)	Hombres	9.47	3.19	-5.48	<.001	0.15
Buen trato autogenerado psicológico (SBT)	Mujeres	10.98	3.09	-9.08	<.001	0.25
	Hombres	12.31	3.24	-4.38	<.001	0.12
Buen trato total	Mujeres	123.30	21.20	-9.13	<.001	0.25
	Hombres	126.86	16.66	-4.42	<.001	0.12

Nota. SG: subescalas de la Escala de Gaudibilidad; SBT: sub escalas de la Escala de buen trato. Se aplicó U de Mann Whitney.

En el análisis de la ideación suicida y los factores protectores en mujeres y hombres a través de OR se observó que la mayoría de las variables se consideraron significativas. Los puntajes más relevantes se encontraron en las escalas de disfrute y la subescala de buen trato autogenerado físico para ambos sexos. En el caso de los hombres se observó como las variables con más altos resultados el interés y en el caso de las mujeres el buen trato autogenerado psicológico. Las variables que no se consideraron factores de protección fueron la consideración y la imaginación para ambos sexos, resaltando que esta última se comportó como un factor de riesgo en los hombres en dónde altas puntuaciones en imaginación incrementa en un 145% la posibilidad de reportar ideación suicida; Además, solo en el caso de los hombres tampoco resultaron protectores el disfrute en soledad, el sentido del humor, la amabilidad y la expresión de afecto (ver tabla 9).

Tabla 9

Comparación entre el disfrute, gaudibilidad y buen trato en estudiantes hombres y mujeres con y sin ideación suicida

Variable	sexo	Sin ideación suicida	Con ideación suicida	OR	IC al 95%	z	P
----------	------	-------------------------	-------------------------	----	--------------	---	---

		<hr/> Si No Si No				<hr/> LI LS				
Imaginación (SG)	Mujeres	399	399	54	54	1	.67	1.49	0	1
	Hombres	210	198	26	10	2.45	1.15	5.21	2.33	.019
Creencias irracionales (SG)	Mujeres	545	253	47	61	.36	.24	.54	4.93	<.001
	Hombres	238	170	11	25	.31	.15	.66	3.08	.001
Disfrute en soledad (SG)	Mujeres	432	366	38	70	.46	.30	.70	3.63	.001
	Hombres	192	216	15	21	.80	.40	1.60	.62	.535
Interés (SG)	Mujeres	538	260	37	71	.25	.16	.38	6.37	<.001
	Hombres	312	96	11	25	.13	.06	.28	5.26	<.001
Concentración (SG)	Mujeres	223	575	9	99	.23	.12	.47	4.06	<.001
	Hombres	144	264	6	30	.37	.15	.90	2.19	.028
Sentido del humor (SG)	Mujeres	469	329	43	65	.46	.31	.70	3.67	.001
	Hombres	209	199	15	21	.68	.34	1.36	1.09	.273
Gaudibilidad total	Mujeres	438	360	21	87	.20	.12	.33	6.38	<.001
	Hombres	230	178	9	27	.26	.12	.56	3.41	.001
Disfrute	Mujeres	453	345	20	88	.17	.10	.29	6.80	<.001
	Hombres	252	156	8	28	.18	.08	.40	4.19	<.001
Buen trato recibido (SBT)	Mujeres	435	363	26	82	.26	.17	.42	5.63	<.001
	Hombres	213	195	7	29	.22	.09	.52	3.49	.001
Consideración (SBT)	Mujeres	475	323	56	52	.73	.49	1.09	1.51	.129
	Hombres	192	216	17	19	1.01	.51	1.99	0.02	.985
Amabilidad (SBT)	Mujeres	508	290	42	66	.36	.24	.55	4.81	<.001
	Hombres	218	190	22	14	1.37	.68	2.75	.88	.377

Expresión de	Mujeres	473	325	51	57	.61	.41	.92	2.36	.018
afecto (SBT)	Hombres	225	183	22	14	1.28	.64	2.57	.69	.491
Buen trato	Mujeres	464	334	22	86	.18	.11	.30	6.78	<.001
autogenerado	Hombres	271	137	10	26	.19	.09	.41	4.24	<.001
físico (SBT)										
Buen trato	Mujeres	454	344	22	86	.19	.12	.32	6.58	<.001
autogen. psic.	Hombres	276	132	12	24	.23	.12	.49	3.88	<.001
(SBT)										
Buen trato total	Mujeres	444	354	22	86	.20	.12	.33	6.38	<.001
	Hombres	211	197	7	29	.22	.10	.53	3.44	.001

Nota. SG: subescalas de la Escala de Gaudibilidad; SBT: sub escalas de la Escala de buen trato. Se aplicó Odds Ratio.

Correlación entre la edad y los factores de protección en estudiantes de la UAdeC con y sin ideación suicida.

Para atender el tercer objetivo del estudio se analizó a través de correlaciones de Spearman la relación entre la edad y las variables de disfrute, gaudibilidad y buen trato en toda la muestra estudiada, encontrando que no existen diferencias significativas en la presencia de dichas variables y la edad con excepción del disfrute en soledad en el cual se incrementa con la edad (.07**) y el sentido del humor que tiene una correlación negativa con la edad, es decir que a mayor edad menor sentido del humor y viceversa (-.06*), estos resultados se pueden observar en la tabla 10.

Tabla 10

Correlación entre el disfrute, gaudibilidad y buen trato con la edad

Variable	R
Imaginación (SG)	.02
Creencias irracionales (SG)	.01
Disfrute en soledad (SG)	.07**
Interés (SG)	.02
Concentración (SG)	.01
Sentido del humor (SG)	-.06*
Gaudibilidad total	.04
Disfrute	-.03
Buen trato recibido (SBT)	.01
Consideración (SBT)	-.04
Amabilidad (SBT)	-.01
Expresión de afecto (SBT)	-.00
Buen trato autogenerado físico (SBT)	-.03
Buen trato autogenerado psicológico (SBT)	-.01
Buen trato total	-.01

Nota. ** Correlación significativa en el nivel de .01 y * correlación significativa en el nivel .05. SG: subescalas de la Escala de Gaudibilidad; SBT: sub escalas de la Escala de buen trato. Se aplicó Correlación de Spearman.

Modelo explicativo sobre los factores de protección para la ideación suicida de estudiantes de la UAdeC.

Para el análisis de un posible modelo explicativo se realizaron regresiones logísticas para identificar las variables que pudieran explicar la ideación suicida.

Se realizó considerando la ideación suicida en los últimos 12 meses como variable dependiente de los resultados de la escala de disfrute, las subescalas de gaudibilidad y buen

trato, se generaron 8 pasos para identificar el modelo con la mejor precisión encontrando que las variables de creencias irracionales, interés y concentración de la escala de gaudibilidad, el disfrute y las subescalas de buen trato recibido, consideración, expresión de afecto y buen trato autogenerado físico de la escala de buen trato tenían un Chi-cuadrada de 4.23 explicando entre el 24.9% y el 37.0% de la varianza.

Por otra parte, al analizar el pronóstico entre los datos observados y los valores de predicción del modelo acierta en un 96% de los casos. Las variables que deja fuera el modelo son las de imaginación, disfrute en soledad, sentido del humor, amabilidad y buen trato autogenerado psicológico. Los datos del modelo se pueden observar en la tabla 11.

Tabla 11

Modelo de la ideación suicida en los últimos 12 meses a partir de la gaudibilidad, buen trato y disfrute.

Variables	Coef. no estandarizado		Wald	Sig.	Exp(B)
	B	Error est.			
(Constante)	2.07	.57	13.13	<.001	7.94
Creencias irracionales (SG)	-.08	.03	11.60	.005	.92
Interés (SG)	-.11	.03	11.60	.001	.90
Concentración (SG)	-.06	.02	9.54	.002	.94
Disfrute total	-.10	.02	30.55	<.001	.90
Buen trato recibido (SBT)	-.04	.01	27.74	<.001	.96
Consideración (SBT)	.09	.02	28.18	<.001	1.10
Expresión de afecto (SBT)	.04	.02	4.19	.041	1.04
Buen trato autogen. físico (SBT)	-.11	.03	15.62	<.001	.90
Logaritmo de verosimilitud	1,131.67				
R2 de Cox y Snell	.249				
R2 de Nagelkerke	.370				
Pronóstico	96%				

Nota. SG: subescalas de la Escala de Gaudibilidad; SBT: sub escalas de la Escala de buen trato. Se aplicó Regresión logística binomial.

Para el análisis del posible modelo explicativo en el caso de la ideación suicida en los últimos 7 días como variable dependiente y las subescalas de gaudibilidad y buen trato y la escala de disfrute, se generaron 6 pasos para identificar el modelo con la mejor precisión encontrando que las variables de creencias irracionales y concentración de la escala de gaudibilidad, el disfrute y las sub escalas de buen trato recibido, consideración y buen trato autogenerado físico de la escala de buen trato tenían un Chi-cuadrada de 4.36 explicando entre el 15.9% y el 32.2% de la varianza.

Al analizar el pronóstico entre los datos observados y los valores de predicción el modelo acierta en un 89.22% de los casos. Las variables que deja fuera el modelo son las de imaginación, disfrute en soledad, interés, sentido del humor, amabilidad, expresión de afecto y buen trato autogenerado psicológico. Los datos del modelo se pueden observar en la tabla 12.

Tabla 12

Modelo de la ideación suicida en los últimos 7 días a partir de la gaudibilidad, buen trato y disfrute.

Variables	Coef. no estandarizados		Wald	Sig.	Exp(B)
	B	Error est.			
(Constante)	1.44	.72	3.97	<.046	4.22
Creencias irracionales (SG)	-.08	.04	4.37	.036	.93
Concentración (SG)	-.10	.03	12.93	<.001	.91
Disfrute total	-.12	.02	28.20	<.001	.89
Buen trato recibido (SBT)	-.02	.01	6.59	.010	.97
Consideración (SBT)	.07	.02	12.01	.001	1.08

Buen trato autogenerado físico (SBT)	-18	.04	24.66	<.001	.83
Logaritmo de verosimilitud	691.09				
R2 de Cox y Snell	.159				
R2 de Nagelkerke	.322				
Pronóstico	89.22%				

Nota. SG: subescalas de la Escala de Gaudibilidad; SBT: sub escalas de la Escala de buen trato. Se aplicó Regresión logística binomial.

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo general las variables de disfrute, gaudibilidad y buen trato frente como posibles factores protectores de la ideación suicida en estudiantes universitarios. Dichos factores se estudiaron dividiendo la muestra en tres grupos, el primero compuesto por aquellos que reportaron ideación suicida en los últimos 12 meses; el segundo grupo de análisis se generó con las personas que reportaron ideación en los últimos 7 días y el tercero por los participantes que no reportaron ideación suicida. A continuación, se discuten los resultados en cada una de las variables estudiadas.

Factores protectores para la ideación suicida

En el estudio se observó que los participantes con puntuaciones más elevadas en la puntuación total de la escala de gaudibilidad, disfrute y buen trato tuvieron menos probabilidad de presentar ideación suicida a los 12 meses y en los últimos 7 días. Los tamaños del efecto mostrados fueron medios, lo cual sugiere que podrían considerarse factores protectores de la ideación suicida en la muestra estudiada.

A continuación, se analizan los resultados encontrados en cada una de las subescalas de las escalas de gaudibilidad y de buen trato como posibles factores de protección de la ideación suicida en la muestra estudiada.

En la comparación entre los y las estudiantes con y sin ideación suicida en los últimos 12 meses y en los últimos 7 días se observó que la variable de imaginación no presentó diferencias, lo cual se esperaba, ya que se ha reportado que la imaginación se ha asociado con mayor presencia de ideación suicida (Cha et al., 2022). Por lo anterior, sería recomendable estudiar el uso de la imaginación de forma específica para el disfrute, ya que en la escala de gaudibilidad se pregunta si la persona tiene la capacidad de imaginar de

forma general, y no pregunta si la persona utiliza su capacidad de imaginación para disfrutar.

Lo anterior es relevante pues se ha reportado que la imaginación también puede fomentar emociones negativas; por ejemplo, en personas con ideación suicida, el contenido de la imaginación puede ser de tipo negativo o catastrófico lo que puede incrementar el malestar emocional (Cha et al., 2022).

La subescala de creencias irracionales reportó diferencias negativas y con tamaño del efecto medio, observándose mayor presencia de ideas irracionales respecto al disfrute en el grupo con ideación suicida en los últimos 12 meses y en los últimos 7 días, en este último caso con tamaño del efecto bajo. Estos resultados sugieren que las creencias racionales respecto al disfrute pueden funcionar como un factor protector de los comportamientos suicidas. Lo anterior concuerda con lo observado en la relación entre algunas creencias irracionales y la depresión por Quadt et al. (2018) también, se ha reportado la presencia de creencias irracionales en comportamientos suicidas (Al-Mosaiwi y Johnstone, 2018; Álvarez et al., 2019; Arroyo y Herrera, 2019; Martín, 2016; Roncero et al., 2016).

En cuanto al disfrute en soledad se identificaron diferencias negativas con tamaño del efecto bajo en la ideación suicida en los últimos 12 meses y en los últimos 7 días. El hallazgo es relevante, ya que otros estudios sobre la soledad la han reportado como un factor de riesgo en el caso de la ideación e intentos de suicidio (Mitchell et al., 2018; Nichter et al., 2021; Özyay et al., 2018) y un elemento que puede incrementar el malestar y las emociones negativas (Bennardi et al., 2017; Hyland et al., 2021). Al parecer no se trata tanto de la soledad en sí, sino de la capacidad de disfrutarla o no, lo que pone en riesgo a las personas para llegar a presentar ideación suicida.

Las diferencias en la variable interés resultaron menores tanto en el grupo con ideación suicida en los últimos 12 meses y en el grupo con ideación en los últimos 7 días, con diferencias con tamaño del efecto medio, lo cual concordó con lo esperado en relación a que una mayor capacidad de interesarse se correlaciona negativamente con la ideación suicida (Auerbach et al., 2015), es decir, que se considera que la capacidad de estar interesado en las actividades cotidianas protege ante la posible ideación suicida.

La concentración también resultó significativamente menor, con tamaño del efecto medio en los grupos con ideación suicida en los últimos 12 meses y en los últimos 7 días respecto sus pares sin ideación. Esto aporta evidencias concordantes con lo reportado por Sánchez-Loyo et al. (2014) y Van Heeringen y Bijttebier (2011) en relación a que alteraciones en algunas funciones cognitivas como la memoria, atención y concentración son posibles factores de riesgo de los comportamientos suicidas. Asimismo, concuerda con la relación reportada entre alta impulsividad y falta de reflexividad en las personas con comportamientos suicidas (Millner et al., 2020; Wang et al., 2017b). Se puede continuar estudiando características particulares de la concentración como su duración, en relación con su efecto protector de la ideación suicida; incluso, esto puede resultar de relevancia como una variable de análisis en contextos escolares en donde la concentración resulta relevante para otros aspectos como el desempeño o éxito académico.

El sentido del humor se observó en menor medida con diferencias en ambos grupos, ideación en los últimos 12 meses y los últimos 7 días, respecto a sus pares sin ideación suicida. Sin embargo, el tamaño del efecto fue medio en el primer grupo y bajo en el de los últimos 7 días. Esto concuerda parcialmente con lo reportado por Blanco (2020) en relación con el sentido del humor como un factor protector de los comportamientos suicidas y otras

relaciones reportadas con el sentido del humor y la promoción de conductas resilientes (Aaker y Bagdonas, 2021) y más altos niveles de bienestar (Tsukawaki et al., 2009).

En cuanto a las subescalas de buen trato se identificó que el buen trato recibido mostró diferencias, con tamaños del efecto medios, en los grupos con ideación suicida en los últimos 12 meses y 7 días. Lo anterior concuerda con lo propuesto en la teoría del suicidio de Joiner (2005) en la cual tener la percepción de que otras personas se preocupan y tienen afectos hacia un individuo se considera un factor protector de la ideación suicida (Gratz et al., 2020). Este hallazgo también aporta evidencia de la relevancia de contar con redes de apoyo sociales para la prevención de los comportamientos suicidas (Arroyo y Herrera, 2019; McLean et al., 2008; Vargas et al., 2017).

En la subescala de consideración no se observaron diferencias entre las personas que reportaron ideación suicida en los últimos 12 meses y en los últimos 7 días, aunque en este último grupo la diferencia fue significativa el tamaño del efecto no resultó relevante para considerar esta variable como un factor protector. Este hallazgo es contrario a lo esperado. Se puede plantear que la consideración, es decir los comportamientos positivos que se tiene hacia otras personas relacionadas con atención, afecto y empatía, no influyen como factores protectores de la ideación suicida. Se puede hipotetizar que la relación del individuo hacia los otros tiene menor relevancia como factor de protección en comparación con el trato recibido de los demás.

La variable de amabilidad mostró diferencias en el grupo de personas con ideación suicida en los últimos 12 meses y también quienes la tuvieron en los últimos 7 días, en ambos grupos el tamaño del efecto fue bajo. Esto concuerda con lo propuesto por Bahamon (2019) en relación a la correlación negativa entre las interacciones sociales positivas y el

riesgo de suicidio; así como, por Akpinar et al. (2020), ya que la amabilidad como un rasgo de personalidad favorece las relaciones positivas.

En los análisis la expresión de afecto también reportó correlaciones con tamaños del efecto bajos en los grupos con ideación suicida en los últimos 12 meses y los últimos 7 días, lo anterior concuerda con lo propuesto por Polanco-Roman et al. (2018) en relación a que las personas que tienen dificultades para la expresión de sus emociones reportan correlaciones positivas con sintomatología depresiva lo que a su vez se ha correlacionado con ideación suicida. Resultaría relevante poder analizar si las dificultades en la expresión de afecto se asocian a características de personalidad, regulación de las emociones negativas, entre otros aspectos que podrían influir en dicha variable.

El buen trato autogenerado físico y el buen trato autogenerado psicológico, reportaron diferencias con tamaños del efecto medios en los grupos con ideación suicida en los últimos 12 meses y en los últimos 7 días, resultados esperados y en consonancia con lo reportado en cuanto a las correlaciones negativas entre conductas de autocuidado y los comportamientos suicidas (Ati et al., 2020; Bilbao et al., 2016; Hoying et al., 2020; O'Neill et al., 2021; Perkins y Brausch, 2018). En futuras investigaciones sería relevante identificar cuáles conductas específicas de autocuidado físico y/o psicológico tienen una mayor influencia en la disminución de la ideación suicida.

Diferencias por sexo en los factores protectores

El segundo objetivo específico buscó determinar las diferencias por sexo en los factores de protección analizados en estudiantes con y sin ideación suicida.

En el caso de las diferencias sexuales se observó que las mujeres presentaron puntuaciones más altas en las variables estudiadas en comparación con los hombres, en el

grupo con ideación suicida en los últimos doce meses. Los factores protectores en mujeres con tamaños del efecto medios fueron el disfrute experimentado, interés, gaudibilidad total, concentración, buen trato recibido, buen trato autogenerado físico, buen trato autogenerado psicológico y buen trato total; en los hombres solamente fueron el disfrute, el interés y la gaudibilidad total.

Otro hallazgo relacionado con las diferencias sexuales se observó en los participantes con ideación suicida en los últimos 7 días, específicamente en el caso de los hombres, en donde no se detectaron variables significativas en el presente estudio. Lo anterior podría estar relacionado con los instrumentos utilizados o bien que para los hombres los factores de protección evaluados no tienen un efecto protector para la ideación suicida actual, por lo que se tendrían que desarrollar investigaciones para identificar factores de protección que resultaran significativos en el caso de los hombres en la prevalencia de ideación suicida actual.

En relación con lo anterior y analizando específicamente un posible efecto de sesgo en relación con el sexo en los instrumentos de gaudibilidad y buen trato se puede comentar que estos instrumentos fueron validados en población mayormente femenina, de 72.09% en la escala de gaudibilidad (Padrós-Blázquez et al., 2021a) y 78% en la escala de buen trato (Ruvalcaba-Romero et al., 2018). En cambio, la escala de disfrute experimentado fue validada en una muestra más homogénea por sexo con 48.55% de mujeres, lo cual podría explicar su mayor sensibilidad para la identificación de factores protectores en hombres y mujeres sin ideación suicida en comparación con las y los participantes con ideación suicida en los últimos 7 días.

El disfrute experimentado mostró ser un factor protector para los hombres, por lo que se puede inferir que los factores protectores más significativos en los hombres podrían

identificarse en acciones más específicas, individuales, objetivas y enfocadas en la satisfacción y disfrute, como el practicar un deporte o una actividad de ocio. Este hallazgo podría tener implicaciones para el desarrollo y aplicación de intervenciones diferenciadas y con enfoque de género para prevención de la ideación suicida en hombres y mujeres (Boland, 2022).

Finalmente, se puede suponer que los hombres que reportan ideación suicida en los últimos 7 días pueden presentar síntomas depresivos más intensos, lo cual minimiza el impacto positivo de los factores protectores (Medina-Mora et al., 2009; Miranda-Mendizabal et al., 2019b).

Un hallazgo relevante en el análisis de los resultados diferenciados por sexo se presentó en la imaginación. Con base en los resultados se identificó que la imaginación fue un factor de riesgo para los hombres, el cual incrementaba en un 145% la probabilidad de reportar ideación suicida, en las mujeres no se consideró significativa como factor protector ni de riesgo. Lo anterior concuerda con lo reportado por Cha et al. (2022) en relación a la posibilidad de presentar una mayor visión negativa, de malestar y catastrófica en personas con mayor imaginación y que presentan ideación suicida.

Correlaciones entre la edad y factores protectores

En relación con el tercer objetivo específico que establecía el análisis de la correlación entre la edad y los factores de protección analizados. Solo se observó una correlación positiva entre el disfrute en soledad y la edad; además, se identificó una correlación negativa entre el sentido del humor con la edad. Estos resultados pueden deberse a un tamaño de muestra elevado; y puede relacionarse también con el rango

reducido de edad en la muestra, y se tendrían que realizar estudios futuros con rangos de edad más grandes y en población general para identificar otras posibles diferencias.

Los resultados del presente estudio reportan que el desarrollo del disfrute en soledad se incrementa con la edad. En relación a la soledad se ha postulado que es un factor de riesgo en la ideación suicida (Mitchell et al., 2018; Nichter et al., 2021; Özyay et al., 2018) en especial en la adolescencia (McKinnon et al., 2016), por lo que, se puede recomendar que al investigar la correlaciones entre el disfrute en soledad y la ideación suicida se considere la edad como una variable moderadora.

En el presente estudio el sentido del humor se encontró como un factor protector de la ideación suicida en mujeres. El sentido del humor se considera que favorece la creación de vínculos, desactiva la tensión y el miedo, promueve conductas resilientes y niveles más altos de bienestar (Aaker y Bagdonas, 2021; Tsukawaki et al., 2009), por lo que se le considera un factor protector de los comportamientos suicidas (Blanco, 2020).

Modelo explicativo de los factores de protección

El cuarto objetivo fue desarrollar un modelo predictivo de los factores de protección a partir de un modelo de regresión logística binomial. Un primer modelo con las variables de creencias irracionales, interés, concentración, disfrute experimentado, buen trato recibido, consideración, expresión de afecto y buen trato autogenerado físico explicaban la ausencia de ideación suicida en los últimos 12 meses en estudiantes universitarios.

Un segundo modelo se generó para explicar la ideación suicida en los últimos 7 días e identificó las variables de creencias irracionales, concentración, disfrute, buen trato recibido, consideración y buen trato autogenerado físico como relevantes para la explicación de la ausencia de ideación suicida en la muestra.

En relación con lo anterior se puede observar que el modelo para la predicción de la ideación suicida en los últimos 12 meses contó con más variables y valores más elevados en comparación con el modelo desarrollado para la predicción de la ideación suicida en los últimos 7 días. En relación con lo anterior, se podría inferir que resulta más efectiva la predicción de la ideación suicida actual a partir de la presencia de factores de riesgo, tal como lo reportado en diversas investigaciones (Barroso, 2019; Clapperton et al., 2019; Franklin et al., 2018; Goñi-Sarriés et al., 2019; Hadzic et al., 2020; Villar-Cabeza et al., 2018) sobre todo cuando la ideación es reciente.

En general en ambos modelos no se encontró una capacidad predictiva considerable, y en este estudio los resultados no fueron robustos principalmente para la predicción de la ideación suicida reciente (últimos 7 días). Sin embargo, no se descarta la importancia de la evaluación y detección de los factores protectores para la prevención de la ideación suicida en cualquier periodo de tiempo; por ello se recomienda continuar con la revisión de estos y otros factores protectores que pudieran tener mayor evidencia empírica de efectividad para dicha predicción en diferentes edades y contextos.

También se podría tomar en cuenta lo propuesto en algunos modelos teóricos para estudiar la correlación de los factores de protección analizados en este estudio, con variables como la falta de pertenencia o la percepción de ser una carga, factores de riesgo propuestos por O'Connor y Kirtley (2018), y Joiner (2009); o los factores del desarrollo y próximos propuestos en la teoría biopsicosocial de Turecki (2019), así como otras variables moderadoras como lo podría ser la desesperanza, depresión, adicciones, etc. Lo anterior para determinar el impacto de los factores protectores en los factores de riesgo, más que en la ideación suicida en si misma.

En cuanto a los modelos generados es importante resaltar que tanto los factores protectores como de riesgo interactúan y se influyen de formas dinámicas y complejas; sin embargo, se requeriría conocer si los factores protectores propuestos en este estudio muestran evidencia empírica de dicha relación y con qué factores de riesgo tienen correlaciones y en que medida.

Finalmente, como parte de la discusión se analizan las limitaciones del estudio desarrollado. La principal limitación del estudio radicó en solo considerar los posibles factores protectores en relación a la ideación suicida sin considerar que tal vez su impacto podría estar relacionado más bien a otras variables consideradas como factores de riesgo de la ideación suicida como la depresión o la desesperanza; es decir que el disfrute, la gaudibilidad y el buen trato podrían explicar la ausencia de depresión, desesperanza, o alguna otra variable más que la ideación suicida en sí misma. Esta limitación requiere ser analizada en futuros estudios para robustecer los hallazgos de este estudio.

Por otra parte, en cuanto a las limitaciones metodológicas se puede observar el tipo de muestra, la cual no fue probabilística, fue aplicada en solo una universidad del país, y la tasa de respuesta fue baja ya que solo 5.31% de los estudiantes matriculados respondió los instrumentos, aunque se puede considerar que el tamaño de la muestra permitió determinar la asociación entre las variables estudiadas. Además, la muestra fue mayoritariamente de mujeres y es probable que al ser participantes voluntarios las características de las personas que accedieron a responder sean diferentes a aquellas que decidieron no participar en el estudio.

Por todo lo anteriormente mencionado, es importante tomar en cuenta el conjunto de posibles sesgos para la interpretación de los resultados, además de tomar en consideración estos aspectos en futuros estudios que se pudieran realizar buscando incluir otras variables

y con muestreos probabilísticos, estratificados por sexo y edad y aplicado en otras zonas geográficas del país. Asimismo, es importante considerar el contexto en que se desarrolló el estudio pues la aplicación se llevó a cabo entre los meses de marzo a abril del 2022, en una etapa en la que se disminuyeron las restricciones sanitarias por el COVID-19 y en la aplicación de un modelo académico híbrido.

Resulta relevante considerar el contexto y momento histórico de la pandemia por COVID-19, ya que esta generó importantes impactos en la salud mental de la población mundial (González-Sanguino et al., 2020; Mazza et al., 2020; Salari et al., 2020; Tasnim et al., 2020). Además, pudo haber influido en el subdesarrollo de los factores protectores estudiados, pues al implementar medidas de bioseguridad como el confinamiento esto pudo haber dificultado el realizar actividades relacionadas con el disfrute, gaudibilidad y buen trato, así como de otros factores protectores y de riesgo para los comportamientos suicidas. Por lo que se recomendaría replicar este tipo de estudios en un futuro para saber si los resultados obtenidos concuerdan con los reportados en esta tesis.

Otra de las limitaciones del estudio fue el tipo de diseño, el cual fue no experimental, por lo que afecta en la validez interna, lo cual no permite determinar causalidad entre las variables; además de algunas afectaciones de la validez externa como el efecto reactivo de las pruebas ya que la aplicación de las mismas fue en el mismo orden para los y las participantes, así como la falta de representatividad en la muestra en razón del sexo, la edad, la carrera, etc. (Tejedor, 1981). En este sentido se puede recomendar realizar estudios con diseños más robustos y el poder contar con grupos clínicos y no clínicos para el desarrollo de comparaciones entre los mismos.

En relación con los instrumentos utilizados, una posible limitación puede encontrarse en que con base en los resultados obtenidos parecen evaluar mejor los factores

protectores en mujeres. Por lo que en estudios posteriores sería relevante identificar otros factores protectores para los hombres para lograr analizar si en realidad los hombres tienen menos factores protectores o más bien tienen otros factores protectores.

Además, en relación a los instrumentos también se debe considerar que la aplicación se desarrolló a través de un formulario en línea, lo cual impide el control de ciertas variables y que en futuros estudios la aplicación presencial podría facilitar aspectos tales como la explicación de instrucciones, dudas o dificultades al responder.

Es relevante resaltar la limitación de no haber evaluado factores de riesgo de la ideación suicida. Lo anterior podría haber permitido el contar con un parámetro de contrastación de los resultados, entre las personas con ideación y con la presencia de trastornos psicológicos asociados a la ideación suicida, en comparación con las personas que no reportan psicopatología, pero sí ideación suicida, y los factores protectores que podrían explicar estas diferencias.

Asimismo, la comprensión de la influencia de los factores protectores aún requiere de mayores estudios y análisis, pues inicialmente se trabaja con la percepción de las personas sobre la presencia o ausencia de estos factores, además no queda claro si estos factores podrían ser integrados o no en modelos explicativos de los comportamientos suicidas, cómo se van adquiriendo o desarrollando a lo largo de la vida y como esto puede llegar a ser modificado o no para incidir en el bienestar emocional de las personas y por ende en la disminución de factores de riesgo y/o de la ideación suicida.

Conclusiones

El presente trabajo pone de manifiesto por primera vez que el disfrute experimentado, la gaudibilidad total, así como la ausencia de creencias irracionales, el disfrute en soledad, interés, concentración y sentido del humor (factores de la gaudibilidad), así como el buen trato y sus componentes de buen trato recibido, consideración, amabilidad, expresión de afecto, buen trato autogenerado físico, y el buen trato autogenerado psicológico (factores del buen trato) contaron con evidencias empíricas como posibles factores protectores de la ideación suicida en la muestra de estudiantes universitarios.

En cuanto a las diferencias sexuales, en las mujeres, los factores protectores para la ideación suicida fueron el disfrute, la gaudibilidad total, la ausencia de creencias irracionales, el disfrute en soledad, interés, concentración, sentido del humor, el buen trato y sus componentes de buen trato recibido, amabilidad, expresión de afecto, buen trato autogenerado físico, y el buen trato autogenerado psicológico. Para los hombres, se identificaron como factores protectores el disfrute experimentado, la gaudibilidad total, la ausencia de creencias irracionales, interés, concentración, el buen trato y sus componentes de buen trato recibido, buen trato autogenerado físico, y el buen trato autogenerado psicológico.

Los factores protectores identificados se presentaron con mayor solidez estadística para la ausencia de ideación suicida en los últimos 12 meses. Por otro lado, estos factores protectores fueron menos relevantes en la ausencia de ideación suicida en los últimos 7 días.

La edad resultó significativa en relación a la presencia de los factores protectores de disfrute en soledad que se incrementa con la edad y el sentido del humor asociado a una menor edad entre los participantes. El resto de los factores protectores no mostraron diferencias con base en la edad de los participantes.

En los dos modelos desarrollados para la predicción de la ideación suicida a partir de las variables de estudio se puede concluir que no se encontraron resultados robustos en cuanto a su capacidad predictiva, y que los resultados obtenidos fueron un poco más elevados para el periodo de ideación en los últimos 12 meses. Por lo que se podría analizar la relación de estos factores con su impacto en la disminución de factores de riesgo más que directamente con la ideación suicida.

Las principales fortalezas del trabajo radicarón en contar con una muestra grande, de la cual se recabó información en un periodo corto de tiempo; asimismo, el presentar información sobre factores protectores para la ideación suicida que no habían sido analizados en población universitaria y particularmente la gaudibilidad que no se había estudiado en ninguna parte del mundo; finalmente, los análisis presentados dan evidencia de cómo algunos factores protectores son distintos en hombres y mujeres, por lo que estos hallazgos pueden ser útiles para el desarrollo de programas de promoción de la salud mental y prevención del suicidio de una forma contextualizada y con perspectiva de género.

A partir de estos resultados se concluye que, las capacidades de disfrute, la gaudibilidad y el buen trato pueden generar cierta protección ante la ideación suicida en jóvenes universitarios, mayormente en la ausencia de ideación suicida en los últimos doce meses y con mayor efecto en las mujeres.

Referencias

- Aaker, J. & Bagdonas, B. (2021). *Humor, seriously. Why Humor is a secret weapon*. Randomhouse books.
- Abello, L. D., García-Montaña, E., García, P., Márquez-Jiménez, L., Niebles-Charris, J. & Pérez-Pedraza, D. (2016). Perfil cognitivo y prevalencia de depresión, desesperanza y riesgo suicida en jóvenes vinculados al primer nivel de formación en una escuela militar colombiana. *Psicología desde el Caribe*, 33(3), 299 – 311. ISSN: 0123-417X. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=213/21349352006>
- Akter, F., & Deeba, F. (2020). Psychological reactions to different types of gender-based violence in women survivors of violence in the context of a developing country. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(21-22), NP19939 – NP19960. <https://doi.org/10.1177/08862605211047966>
- Al-Mosaiwi, M. & Johnstone, T. (2018). In an absolute state: Elevated use of absolutist words is a marker specific to anxiety, depression, and suicidal ideation. *Clinical Psychological Science*, 6(4), 529 – 542. <https://doi.org/10.1177/2167702617747074>
- Albuquerque, G., Dos Santos Figueiredo, F., Da Silva Paiva, L., Moura de Araújo, M., Da Silva Maciel, E., Adami, F. (2018). Association between violence and drug consumption with suicide in lesbians, gays, bisexuals, transvestites, and transsexuals: cross-sectional study. *Salud Mental*, 41(3), 131 – 138. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.015>
- Altman, D. G. (1991). *Practical statistics for medical research*. Chapman and Hall.
- Akpinar, E., Batmaz, S., Yildiz, M., & Songur, E. (2020). Suicide Attempts in Turkish University Students: The Role of Cognitive Style, Hopelessness, Cognitive

Reactivity, Rumination, Self-esteem, and Personality Traits. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 38(), 579 – 601.

<https://doi.org/10.1007/s10942-020-00354-3>

Álvarez, L., Ayala, N., y Bascuñán, R. (2019). Las distorsiones cognitivas y el riesgo suicida en una muestra de adolescentes chilenos y colombianos: un estudio descriptivo-correlacional. *Psicogente* 22(41), 1 – 22.

<https://doi.org/10.17081/psico.22.41.3308>.

Amador, G. (2015). Suicidio: consideraciones históricas. *Revista Médica La Paz*, 21, 91 – 98. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012

Andrade, J. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes.

Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 15(2), 688 – 721.

<http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/32373>

Aouidad, A., Cohen, D., Mirkovic, B. Pellerin, H., Garny, S., Consoli, A., Gérardin, P, & Guilé, J-M. (2020). Borderline personality disorder and prior suicide attempts define a severity gradient among hospitalized adolescent suicide attempters. *BMC Psychiatry*, 20(525). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02930-4>

Ardiles-Irarrázabal, R., Alfaro-Robles, P., Díaz-Mancilla, I., y Martínez-Guzmán, V.

(2018). Riesgo de suicidio adolescente en localidades urbanas y rurales por género, región de Coquimbo, Chile. *Aquichan*, 18(2), 160 – 170.

<https://doi.org/10.5294/aquí.2018.18.2.4>

Arias-López, H. (2013). Factores de éxito en programas de prevención del suicidio. *Revista Vanguardia Psicológica*, 3(2), 215 – 225.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815157>

- Arora, P., Persaud, S. & Parr, K. (2020). Risk and protective factors for suicide among Guyanese youth: Youth and stakeholder perspectives. *International Journal of Psychology*, 55(4), 618 – 628. <https://doi.org/10.1002/ijop.12625>
- Arroyo, H., y Herrera, D. G. (2019). Análisis psicosocial del suicidio en personas jóvenes indígenas Bribris. *Revista Reflexiones*, 98(2), 7 – 22. <https://doi.org/10.15517/RR.V9812.34665>
- Asamblea Médica Mundial (9 de noviembre de 2022). *Declaración de Helsinki de la AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Asociación Médica Mundial. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Asfaw, H., Yigzaw, N., Yohannis, Z., Fekadu, G., & Alemayehu, Y. (2020). Prevalence and associated factors of suicidal ideation and attempt among undergraduate medical students of Haramaya University, Ethiopia. A cross sectional study. *Plos One*, 15(8), e0236398. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236398>
- Assari, S. (2018). Multiplicative effects of social and psychological risk factors on college student's suicidal behaviors. *Brain sciences*, 8(5), 91 – 104. <https://doi.org/10.3390/brainsci8050091>
- Ati, N., Paraswati, M., & Windarwati, H. (2020). What are the risk factors and protective factors of suicidal behavior in adolescents? A systematic review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 34(1), 7 – 18. <https://doi.org/10.1111/jcap.12295>
- Ato, M., López, J. J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038 – 1059. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043>

- Auerbach, R., Millner, A., Stewart, J., & Esposito, E. (2015). Identifying differences between depressed adolescent suicide ideators and attempters. *Journal of Affective Disorders, 186*(), 127 – 133. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.031>
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Greif, J., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of abnormal psychology, 127*(7), 623 – 638. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>
- Bahamon, M. J. (2019). Prevención del riesgo suicida en adolescentes: una propuesta de abordaje desde la Psicología Positiva. En Bahamon, J., Alarcón, Y., Albor, L., y Martínez, Y. (compiladores), *Estudios actuales en Psicología, perspectivas en clínica y salud*. Universidad Simón Bolívar. https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/1120/Cap_3_Prevencion_Riesgo.pdf?sequence=8&isAllowed=y
- Balazs, J., Miklosi, M., Halasz, J., Horvath, L., Szentivanyi, D., & Vida, P. (2018). Suicidal Risk, Psychopathology, and Quality of Life in a Clinical Population of Adolescents. *Front Psychiatry, 9*(1), 1 – 8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00017>
- Barroso, A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 39*(135), 51 – 66. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352019000100004>
- Barzilay, S. & Apter, A. (2014). Psychological Models of Suicide. *Archives of suicide research 18*(4), 295 – 312. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824825>

- Bedoya, E. y Montaña, L. (2016). Suicidio y trastorno mental. *Revista CES Psicología*, 9 (2), 179 – 201. <https://doi.org/10.21615/cesp.9.2.12>
- Benjet, C., Wittenborn, A., Gutierrez-García, R., Albor, Y., Vargas, E., Curz, S., Valdés-García, K. P., Monroy, I. R., Peláez, A., Hernández, P., Covarrubias, A., Quevedo, G., Paz-Pérez, M. A., Medina-Mora, M. E. & Bruffaerts, R. (2020). Treatment delivery preferences associated with type of mental disorder and perceived treatment barrier among Mexican university students. *Journal of adolescent's health*, 67(2), 232 – 238. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.01.025>
- Bennardi, M., Caballero, F. F., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., Haro, J. M., Lara, E., Arensman, E., & Cabello, M. (2017). Longitudinal relationships between positive affect, loneliness, and suicide ideation: age-specific factors in a general population. *Suicide and life-threatening behavior*, 49(1), 90 - 103. <https://doi.org/10.1111/sltb.12424>
- Bilbao, J., Alcocer, A., Lallemand, L., Lío, J., y Vargas, R. (2016). Reportes de suicidios en presa de Barranquilla: un enfoque desde salud pública. *Salud Pública*, 7(2), 1 – 9. <https://doi.org/10.21615/cessp.7.2.1>
- Blanco, C. (2020). El suicidio en España. Respuesta institucional y social. *Revista de Ciencias Sociales*, 33(46), 79 – 106. <https://doi.org/10.26489/rvs.v33i46.5>
- Blasco, M. J., Vilagut, G., Almenara, J., Roca, M., Piqueras, J. A., & Gabilondo, A. (2019). Suicidal thoughts and behaviors: prevalence and association with distal and proximal factors in Spanish university students. *Suicide and life-threatening behavior*, 49(3), 881 – 898. <https://doi.org/10.1111/sltb.12491>
- Boland, J. (11 de septiembre de 2022). *Developing, Implementing and Evaluationg an Innovative Community Based Suicide Prevention Service for Men in Suicidal Crisis*

[Conferencia]. 2022 Suicide Prevention Summit Schedule, Mentalhealth academy, Inglaterra.

- Brausch, A. M. & Perkins, N. M. (2018). Nonsuicidal self-injury and disordered eating: Differences in acquired capability and suicide attempt severity. *Psychiatry Research, 266*(), 72 – 78. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.021>.
- Bravo, H. R., Orozco, M. G., Ruvalcaba, N. A., Colunga, C., y González, M. A. (2018). Factores sociales de riesgo y protección del suicidio adolescente. *Repositorio Institucional UNIFE*. <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/1189>
- Bravo-Andrade, H. R., López-Peñaloza, J., Ruvalcaba-Romero, N. A., y Orozco-Solís, M. G. (2019). Factores familiares de riesgo y protección ante el suicidio en adolescentes, Una aproximación cualitativa desde el modelo de resiliencia familiar. *Cultura, Educación y Sociedad, 10*(1), 25 – 42. <https://doi.org/10.17981/cultedusoc.10.1.2019.02>
- Bravo-Andrade, H. R., Ruvalcaba-Romero, N. A., Orozco-Solís, M. G. y Macías-Espinoza, F., (2020). Factores individuales que protegen o favorecen el riesgo de suicidio adolescente: estudio cualitativo con grupos focales. *Duazary, 17*(1), 36 – 48. <https://doi.org/10.21676/2389783X.3220>
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Auerbach R., Alonso, J., Hermsillo-De la Torre, A., Cujipers, P., Demyttenaere, K., Eber, D., Greif Green, J., Hasking, P., Stein, D., Ennis, E., Nock, M., Pinder-Amaker, S., Sampson, N., Vilagut, G., Zaslavsky, A., Kessler, R. & WHO WMH-ICS Collaborators (2019). Lifetime and 12-month treatment for mental disorders and suicidal thoughts and behaviors among first year college

- students. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(2), e1764.
<https://doi.org/10.1002/mpr.1764>
- Burns, K. & Letcher, A. (2018). Protective factors as predictors of suicide risk among graduate students. *Journal of College Counseling*, 21(2), 111 – 124.
<https://doi.org/10.1002/jocc.12091>.
- Campo-Arias, A. y Oviedo, H. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 831 – 839.
<https://doi.org/10.1590/S0124-00642008000500015>
- Cardona, D., Medina-Pérez, O., y Cardona, D. (2016). Caracterización del suicidio en Colombia, 2000 – 2010. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(3), 170 – 177.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.10.002>
- Cato, J. & Cannetto, S. (2003). Attitudes and beliefs about suicidal behavior when coming out is the precipitant of the suicidal behavior. *Sex Roles*, 49(9/10), 497 – 505.
<https://doi.org/10.1023/A:1025880622932>
- Ceballos-Espinoza, F. & Chávez-Hernández, A. (2016). Profiling Chilean Suicide Note-Writers through Content Analysis. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(3), 517 – 528. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=799/79947707007>
- Celda, F. (2014). Intervención y atención al intento de suicidio, guía asistencial. En Canabal, R., Pastor, G., García, E., Fernández, V., Hernández, J., Pacheco, A., Lara, J., Caamiña, M., Ambrosio, A., Gómez-Caro, S., Sánchez, E., Rupérez, F., Sánchez, M., Sanroma, N., & Garrote, J. *Urgencias y emergencias extrahospitalarias* (pp. 637 – 646) La Mancha. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.
https://www.researchgate.net/publication/301824436_INTERVENCION_Y_ATEN

CION_AL_INTENTO_DE_SUICIDIO_Guia_Asistencial_Urgencias_y_emergencias_Segunda_Edicion_2014_ISBN_978-84-697-1096-8

- Cero, I., Zuromski, K., Witte, T., Ribeiro, D., & Joiner, T. (2015). Perceived burdensomeness, thwarted belongingness, and suicide ideation: Re-examination of the interpersonal-psychological theory in two Samples. *Psychiatry Research*, 30(228), 544 – 550. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.055>
- Clapperton, A., Newstead, S., Bugeja, L., & Pirkis, J. (2019). Relative risk of suicide following exposure to recent stressors, Victoria, Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 43(3), 254 – 260. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12886>
- Clement, D., Wingate, L., Cole, A., O’Keffe, V., Hollingsworth, D., Davidson, C., & Hirsch, J. (2020). The common factors of grit, hope, and optimism differentially influence suicide resilience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9588. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249588>
- Córdova, M. y Rosales, J. (2011). Consistencia interna y estructura factorial de la Escala de Desesperanza de Beck en estudiantes mexicanos. *Revista de Psicología*, 29(2), 289 – 309. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472011000200005&lng=es&tlng=es.
- Csikszentmihalyi, M. (2014). *Flow and the Foundations of Positive Psychology*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8>
- Cha, C. B., Robinaugh, D. J., Schacter D. L., Alheimer G., Marx, B. P., Keane, T. M., Kearns, J. C., & Nock, M. K. (2022). Examining multiple features of episodic future thinking and episodic memory among suicidal adults. *Suicide and life-threatening behavior*, 52(3), 356 – 372. <https://doi.org/10.1111/sltb.12826>

- Chang, Z., Quinn, P. D., O'Reilly, L., Sjölander, A., Hur, K., Gibbons, R., Larsson, H., & D'Onofrio B. M. (2020). Medication for Attention-Deficit/Hiperactivdy Disorder and Risk for Suicide Attempts. *Biological Psychiatry*, 88(6), 452 – 458.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.12.003>
- Chaparro-Narváez, P., Díaz-Jiménez, D., y Castañeda-Orjuela, C. (2019). Tendencias de la mortalidad por suicidio en las áreas urbanas y rurales de Colombia 1979 – 2014. *Revista Biomédica del Instituto Nacional de Salud*, 39(2), 339 – 353.
<https://doi.org/10.7705/ biomedica. v39i3.4427>
- Christensen, H., Batterham, P., Soubelet, A., & Mackinnon, A. (2013). A test of the interpersonal theory of suicide in a large community-based cohort. *Journal of affective disorders*, 144(3), 225 – 234. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.07.002>
- Dajas, F. (2016) Psicobiología del suicidio y las ideas suicidas. *Revista de Psiquiatría de Uruguay*, 80(2), 83 – 110. http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2017/01/02_REVI_01.pdf
- Daghigh, A., Daghigh, V., Niazi, M., & Nadorff, M. R. (2018). The association between anhedonia, suicide ideation, and suicide attempts: a replication in a Persian student sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(3), 687 – 683.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12469>
- Daray, F., Grendas, L., y Rebok, F. (2016). Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 73(3), 205 – 211.
<https://doi.org/10.31053/1853.0605.v73.n3.12457>
- De Berardis, D., Olivieri, L., Rapini, G., Serroni, N., Fornaro, M., Valchera, A., Carano, A., Vellante, F., Bustini, M., Serafini, G., Pompili, M., Ventriglio, A., Perna, G.,

- Fratlicelli, S., Martinotti, G., & Di Giannantano, M. (2020). Religious coping, hopelessness, and suicide ideation in subjects with first-episode major depression: an exploratory study in the real-world clinical practice. *Brain sciences*, *10*(12), 912. <https://doi.org/10.3390/brainsci10120912>
- De Berardis, D., Serroni, N., Campanella, D., Rapini, G., Olivieri, L., Feliziani, B., Carano, A., Valchera, A., Lasevoli, F., Tomasetti, C., Mazza, M., Fornaro, M., Perna, G., Di Nicola, M., Martinotti, G., & Di Giannantonio, M. (2015). Alexithymia, responsibility attitudes and suicide ideation among outpatients with obsessive-compulsive disorder: An exploratory study. *Comprehensive Psychiatry*, *58*(), 82 – 87. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.12.016>
- Di Giacomo, E., Krausz, M., Colmegna, F., Aspesi, F., & Clerici, M. (2018). Estimating the Risk of Attempted Suicide Among Sexual Minority Youths. *JAMA Pediatrics*, *172*(12), 1145 – 1152. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2731>
- Diario Oficial de la Federación. (2020). *Programa Sectorial Derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019 – 2024*. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020&print=true
- Ding, S., Li, X., Hua, Y., Dong, F., Lin, J., Du, Y., Shen, J., Xia, N., Zhu, Z., Wang, X., Zheng, R., & Xu, H. (2019). Risk factors for suicidal tendency in adult patients with epilepsy in China. *Epilepsy & Behavior*, *97*(), 118 – 122. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.06.006>
- Domínguez-Lara, S. (2018). Magnitud del efecto, una guía rápida. *Educación médica*, *19*(4), 251 – 254. <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.002>

- Domínguez, R., e Ibarra, E. (2017). La psicología positiva: Un nuevo enfoque para el estudio de la felicidad. *Razón y Palabra*, 21(96), 660 – 679.
<https://www.revistarazonypalabra.org/index.php/ryp/article/view/865/pdf>
- Dong, M., Lu, L., Zhang, L., Zhang, Q., Ungvari, G., Ng, C., Yuan, Z., Xiang, Y., Wang, G., & Xiang, Y. (2020). Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29(e63), 1 – 9. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000593>
- Donker, T., Batterham, P., Van Orden, K., & Christen, H. (2014). Gender-differences in risk factors for suicidal behaviour identified by perceived burdensomeness, thwarted belongingness and acquired capability: cross-sectional analysis from a longitudinal cohort study. *BMC Psychology*, 12(2), 1 – 20. <https://doi.org/10.1186/2050-7283-2-20>.
- Dueweke, A. & Schwartz-Mette, R. (2018). Social-Cognitive and social-behavioral correlates of suicide risk in college students: contributions from interpersonal theories of suicide and depression. *Archives of suicide research* 22(2), 224 – 240.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1319310>
- Dumon, E. & Gwendolyn, P. (2013). Directrices generales para la prevención del suicidio. *European regions enforcing actions against suicide EUREGENAS*.
<https://consaludmental.org/publicaciones/Directricesprevencionsuicidio.pdf>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117 – 126. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>.
- Eskin, M., AlBuhairan, F., Rezaeian, M., Abdel-Khalek, A., Harlak, H., El-Nayal, M., Asad, N., Khan, A., Mechri, A., Noor, I. M., Hamdan, M., Isayeva, U., Khader, Y., Sayyari, A. A., Khader, A., Behzadi, A., Öztürk, C. Ş., Hendarmin, L. A., Khan, M.

- M., & Khatib, S. (2019). Suicidal Thoughts, attempts and motives among university students in 12 Muslim-majority countries. *Psychiatric Quarterly*, *90*(1), 229 – 248.
<https://doi.org/10.1007/s11126-018-9613-4>
- Estrada, C., Nonaka, D., Gregorio, E., Leynes, C., Del Castillo, R., Hernández, P., Hayakawa, T., & Kobayashi, J. (2019). Suicidal ideation, suicidal behaviors, and attitudes towards suicide of adolescents enrolled in the alternative learning system in Manila, Philippines – a mixed methods study. *Tropical Medicine and Health*, *47*(22), 1 – 18. <https://doi.org/10.1186/s41182-019-0149-6>
- Fazakas-DeHoog, L., Rnic, K., & Dozois, D. (2017). A cognitive distortions and deficits Model of Suicide Ideation. *Europe's Journal of Psychology*, *13*(2), 178 – 193.
<https://doi.org/10.5964/ejop.v12i2.1238>
- Fernández, M. & Casullo, M. M. (2006). Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, *1*(21), 9 – 22. <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645448002.pdf>
- Franklin, J., Huang, X., Fox, K., & D Ribeiro, J. (2018). What suicide interventions should target. *Current Opinion in Psychology*, *22*(), 50 – 53.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.002>
- Fraser, S., Geofroy, D., Chachamovich, E., & Kirmayer, L. (2015). Changing rates of suicide ideation and attempts among Inuit youth: A gender-based analysis of risk and protective factors. *Suicide and life-threatening behavior*, *45*(2), 141 – 156.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12122>.
- Galarza, A. (2016). Aportes de la psicología positiva a la comprensión y abordaje de los comportamientos suicidas. *Psicodebate*, *16*(1), 9 – 26.
<https://doi.org/10.18682/pd.v16i1.564>

- Gamarra, E., de la Torre, J., Pérez, L., y Sánchez, N. (2016). Análisis y diseño intervencionista de la conducta suicida en población con dificultades socio-económicas, enfoque preventivo desde la psicología positiva. *Revista de trabajo y acción social*, 57(), 100 – 124.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6095381>
- Gerstner, R., Soriano, I., Sanhueza, A., Caffè, S., y Kestel, D. (2018). Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42(e100), 1 – 7. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.100>
- Gobierno del Estado de Coahuila de Zaragoza. (2018). Programa Estatal de Salud 2017 – 2023. <https://coahuila.gob.mx/archivos/pdf/micrositio/Programas%20Sectoriales/Programa%20Estatal%20de%20Salud.pdf>
- Gómez, A., Silva, H., & Amon, R. (2017). *Prevención del Suicidio: Teoría y Práctica*. Editorial Mediterráneo.
- Gómez-Hernández, E., Carrillo-Ramírez, E., & Padrós-Blázquez, F. (2020). Propiedades psicométricas de la Escala para medir el Disfrute Experimentado en Niños y Adolescentes (EDENA) en población de Michoacán (México). *Psicogente*, 23(43), 1 – 18. <https://doi.org/10.17081/psico.23.43.3761>
- González-Cantero, J. O., Gonzalez-Becerra, V. H., Ramírez-Zamora, L. M., Salazar-Estrada, J. G., Molina del Río, J., Ortiz Sánchez, D., y Villegas Ramírez, A. A. (2018). Gaudibility and Psychopathological Symptoms in the Mexican Population. *Psychology*, 9(5), 925 – 933. <https://doi.org/10.4236/psych.2018.95057>
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. A., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., & Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the

- 2020 coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, behavior, and immunity*, 87(), 172 – 176. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
- Goñi-Sarriés, A., López-Goñi, J., & Azcárate-Jiménez, L. (2019). Comparación entre los Intentos de Suicidio Leves, Graves y las Muertes por Suicidio en Navarra. *Clínica y Salud*, 30(2), 109 – 113.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1806/180660289007>
- Goodwin, J. & Goodwin K. (2013). *Research in Psychology: Methods and design*. John Wiley & Sons, Inc.
- Gratz, K. L., Tull, M. T., Richmond, J. R., Edmonds, K. A., Scamaldo, K. M., & Rose, J. P. (2020). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness explain the associations of COVID-19 social and economic consequences to suicide risk. *The suicide and life-threatening behavior*, 50(6), 1140 – 1148. <https://doi.org/10.1111/sltb.12654>
- Gürhan, N., Gördeles, N., Polat, U. & Koç, M. (2019). Suicide risk and depression in individuals with chronic illness. *Community Mental Health Journal*, 55(5), 840 – 848. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00388-7>
- Hadzic, A., Spangenberg, L., Hallensleben, N., Forkmann, T., Rath, D., Strauß, M., Kersting, A., & Glaesmer, H. (2020). The association of trait impulsivity and suicidal ideation and its fluctuation in the context of the Interpersonal Theory of Suicide. *Comprehensive Psychiatry*, 98(), 152 – 158.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.152158>
- Harnod, T., Lin, Ch-Li, & Kao, Ch-H. (2018). Evaluating clinical risk factors for suicide attempts in patients with epilepsy. *Journal of affective disorders*, 229(), 79 – 84.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.048>

- Henson, K., Brock, R., Charnocj, J., Wickramasinghe, B., Will, O., & Pitman, A. (2019). Risk of suicide after cancer diagnosis in England. *JAMA Psychiatry*, 76(1), 51 – 60. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3181>
- Hermosillo-De la Torre, A. E., Vacio, M., Méndez-Sánchez, C., Palacios, P., & Sahagún, M. (2015). Sintomatología depresiva, desesperanza y recursos psicológicos: una relación con la tentativa de suicidio en una muestra de adolescentes mexicanos. *Acta Universitaria*, 25(449), 52 – 56. <https://doi.org/10.15174/au.2015.900>
- Hernández, Q., & Alejandre, J. (2015). Suicide Risk and Its Association with Alcohol or Tobacco Use in Freshmen College Students. *Acta Universitaria multidisciplinary Scientific Journal*, 25(NE-2), 47 – 51. <https://doi.org/10.15174/au.2015.899>
- Hernández-Vázquez, A., Azañedo, D., Rubilar-González, J., Huarez, B. y Grendas, L. (2016). Evolución y diferencias regionales de la mortalidad por suicidios en el Perú 2004 – 2003. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(4) 751 – 757. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2562>
- Hjelmeland, H. & Knizek, B. (2016). Qualitative evidence in suicide: findings from qualitative psychological autopsy studies. En Olson K., Young, R., Schultz, I. (editors) *Handbook of Qualitative Health Research for Evidence-Based Practice*. Springer. https://doi.org/10.10007/978-1-4939-2920-7_21
- Hjelmeland, H., Hagen, J., Espeland, K., Ueland, T., & Loa, B. (2018a). Guidelines do not prevent suicide. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 138(10), 1 – 3. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0349>
- Hjelmeland, H., Jaworski, K., Knizek, B., & Marsh, I. (2018b). Problematic advice from suicide prevention experts. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 20(2), 79 – 85. <https://doi.org/10.1891/1559-4343.20.2.79>

- Hottes, T. S., Bogaert, L., Rhodes, A. E., Brennan, D. J., & Gesink, D. (2016). Lifetime Prevalence of Suicide Attempts Among Sexual Minority Adults by Study Sampling Strategies: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Public Health, 106*(5), e1 – e12. <https://doi.org/10.2105/ajph.2016.303088>
- Hoying, J., Mazurek, B., Hutson, E., & Tan, A. (2020). Prevalence and correlates of depression, anxiety, stress, healthy beliefs and lifestyle behaviors in first-year graduate health sciences students. *Worldviews on evidence-based nursing, 17*(1), 49 – 59. <https://doi.org/10.1111/wvn.12415>
- Huang, H. y Wang, R–H. (2019). Roles of protective factors and risk factors in suicidal ideation among adolescents in Taiwan. *Public Health Nursing, 36*(2), 155 – 163. <https://doi.org/10.1111/phn.12584>
- Huffman, J., DuBois, C., Healy, B., Boehm, J., Kashdan, T., Celano, C., & Lyubomirsky, S. (2014). Feasibility and utility of positive psychology exercises for suicidal inpatients. *General Hospital Psychiatry, 36*(1), 88 – 94. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.10.006>
- Hyland, P., Shevlin, M., Murphy, J., McBride, O., Fox, R., Bondjer, K., Karatzias, T., Bentall, R., Martinez, A., & Vallières, F. (2021). A longitudinal assessment of depression and anxiety in the republic of Ireland before and during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry research, 300*(), 113905. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113905>
- Imms, C., Yee, E. M., Guinea, S., Sheppard, L., Froude, E., Carter, R., Darzins, S., Ashby, S., Gilbert-Hunt, S., Gribble, N., Nicola-Richmond, K., Penman, M., Gospodarevskaya, E., Mathieu, E., & Symmons, M. (2017). Effectiveness and cost-effectiveness of embedded simulation in occupational therapy clinical practice

education: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 18(345).

<https://doi.org/10.1186/s13063-017-2087-0>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). *Estadísticas de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2011*. INEGI.

https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2011/702825047436.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (datos nacionales)* [Comunicado de prensa]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf a 14 de julio 2019.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019a). *Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa*. INEGI. http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/AEGPEF_2019/702825192242.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019b). *Comunicado de prensa número 455/19*. INEGI.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019_Nal.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019c). *Suicidios registrados*. México.

<https://www.inegi.org.mx> a 09 de julio 2019.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Características de las defunciones registradas en México durante 2019*. INEGI.

<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2019.pdf>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021a). *Estadística a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. INEGI.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021b). *Características de las defunciones registradas en México durante 2020, preliminar*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pre_07.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). *Comunicado de prensa núm. 378/22. Estadísticas de defunciones registradas 2021*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/dr/dr2021_07.pdf
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide?* Harvard University Press, Cambridge.
- Joiner, T. E., Jr., Van Orden, K. A., Witte, T. K., & Rudd, M. D. (2009). *The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11869-000>
- Kaplan, C. y Szapu, E. (2019). Jóvenes y subjetividad negada: Apuntes para pensar la intervención socioeducativa sobre prácticas autolesivas y suicidio. *Psicoperspectivas*, 18(1), 1 – 11. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1710/171059669004>. Doi: 10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue1-fulltext-1485
- Kaslow, N., Sherry, A., Bethea, K., Wyckoff, S., Compton, M., Bender, M., Scholl, L., Webb, A., Kellermann, A., Thompson, N., & Parker, R. (2005). Social Risk and Protective Factors for suicide attempts in low-income African American men and women. *Suicide and life-threatening behavior*, 35(4), 400 – 412.
<https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.4.400>

- Kaurin, A., Dombrowski, A., Hallquist, M., & Wright, A. G. (2020). Momentary interpersonal processes of suicidal surge in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 52(13), 2702 – 2712.
<https://doi.org/10.1017/S0033291720004791>
- Kelliher-Rabon, J., Chang, E., & Hirsch, J. (2018). Positive Psychology and Suicide Prevention: An Introduction and Overview of the Literature. En Hirsch, J., Chang E., Kelliher-Rabon, J. (eds.), *A Positive Psychological Approach to Suicide. Advances in Mental Health and Addiction*. Springer, Cham.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-03225-8_1
- Kerby, D. S. (2003). CART analysis with unit-weighted regression to predict suicidal ideation from Big Five traits. *Personality and Individual Differences*, 35(2), 249 – 261. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00174-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00174-5)
- Keun, H., Kim, B., Lee, S., Ha, K., Baek, Ch., Shin, M., & Ahn, Y. (2016). A comparative study of permissive attitudes toward suicide: an analysis of cross-national survey in South Korea, Japan, and the United States. *Korean Journal of Biological Psychiatry*, 23(4), 157 – 165.
<https://koreascience.kr/article/JAKO201610958457369.view?orgId=anpor&hide=breadcrumb,journalinfo>
- Kim, G. & Cha, S. (2018). A predictive model of suicidal ideation in Korean college students. *Populations at risk across the lifespan: population studies*, 35(6), 490 – 498. <https://doi.org/10.1111/phn.12541>
- King, J. D. & Kowalchuk, B. (1994). ISO – 30. *Adolescent Inventory of Suicide Orientation – 30*. NCS-Pearson.

- Kleiman, E., Riskind, J., & Schaefer, K. (2014). Social support and positive events as suicide resiliency factors: Examination of synergistic buffering effects. *Archives of Suicide Research, 18*(2), 144 – 155. <https://doi.org/10.1080/13811118.2103.826155>
- Krynicki, C. R., Upthegrove, R., Deakin, J. F. W., & Barnes, T. R. E. (2018). The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 137*(5), 380 – 390. <https://doi.org/10.1111/acps.12873>
- Krysinska, K., Lester, D., Lyke, J., & Corveleyn, J. (2015). Trait gratitude and suicidal ideation and behavior: An exploratory study. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 36*(4), 291 – 296. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000320>
- Kumar, M., Walls, M., Janz, T., Hutchinson, P., Tuner, T., & Graham, C. (2012). Suicidal ideation among Métis adult men and women – associated risk and protective factors: findings from a nationally representative survey. *International Journal of Circumpolar Health, 71*(1), 1 – 12. <https://doi.org/10.3402/ijch.v71i0.18829>
- Lew, B., Huen, J., Yu, P., Yuan, L., Wang, D–F., Ping, F., Talib, M. A., Lester, D., & Jia, C–X. (2019). Associations between depression, anxiety, stress, hopelessness, subjective well-being, coping styles and suicide in Chinese university students. *PLoS One, 14*(7), e:0217372. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217272>
- Lew, B., Chistopolskaya, K., Osman, A., Yiu Huen, J. M., Abu Talib, M., & Man Leung, A. N. (2020a). Meaning in life as a protective factor against suicidal tendencies in Chinese University students. *BMC Psychiatry, 20*(73), 1 – 9. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02485-4>

- Lew, B., Kolves, K., Osman, A., Abu Talib, M., Ibrahim, N., Sin Siau, Ch., & Hsien Chan, C. M. (2020b). Suicidality among Chinese college students: A cross-sectional study across seven provinces. *PLoS One*, *15*(8), e:0237329.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237329>
- López, L. C. (2017). Factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio. *Ciencias Psicológicas*, *11*(1), 89 – 100. <https://doi.org/10.22235/cp.v11i2.1350>
- López, L. (2019). Perfil de métodos en intentos de suicidio: tendencias e implicaciones para la prevención, Jujuy, noroeste de Argentina. *Ciencias Psicológicas*, *13*(2), 197 – 208. <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1872>
- Llanos-Lizcano, L. J., García-Ruíz, D. J., González-Torres, H. J., y Puentes-Rozo, P. (2019). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, *21*(83), e101 – e108. <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v21n83/1139-7632-pap-21-83-e101.pdf>
- Marco, J. H., Cañabate, M., Pérez, S., Guillén, V., Botella, C., & Baños, R. (2021). The meaning making model of eating disorders (MESTA): a preliminary analysis of the model. *Psicología Conductual*, *29*(1), 5 – 28.
<http://dx.doi.org/10.51668/bp.8321101n>
- Martín, V. (2016). Conducta suicida, protocolo de intervención. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *2*(1), 233 – 250.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.298>
- Martins, D., Martins, R., Batista, A., Caribé, A., Bezerra-Filho, S., & Miranda-Scippa, A. (2016). Suicide attempts in Brazil, 1998 – 2014: an ecological study. *BMC Public Health*, *16*(990), 1 – 8. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3619-3>

- Martínez, J. y Robles, A. (2016). Percepción de actores sociales sobre la conducta suicida: análisis de contenido a través de grupos focales. *Informes Psicológicos*, 16(2), 53 – 68. <https://doi.org/10.18566/ infpsicv16n2a04>
- Matel-Anderson, D., Bekhet, A., & Garnier-Villareal, M. (2019). Mediating effects of positive thinking and social support on suicide resilience. *Western Journal of Nursing Research*, 41(1), 25 – 41. <https://doi.org/10.1177/0193945918757988>
- Mazza, M. G., De Lorenzo, R., Conte, C., Poletti, S., Vai, B. Bollettini, I., Melloni, E. M. T., Furlan, R., Ciceri, F., Rovere-Querini, P. COVID-19 BioB Outpatient Clinic Study group, Benedetti, F. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, behavior, and immunity*, 89(), 594 – 600. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>
- McFarland, D., Walsh, L., Napolitano, S., Morita, J., & Jaiswal, R. (2019). Suicide in patients with cancer: identifying the risk factors. *Oncology*, 33(6), 221 – 226. <https://www.cancernetwork.com/view/suicide-patients-cancer-identifying-risk-factors>
- McKinnon, B., Gariépy, G., Sentenac, M., & Elgar, F. J. (2016). Adolescent suicidal behaviours in 32 low-and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(5), 340 – 350. <http://doi.org/10.2471/BLT.15.163295>
- McLafferty, M., Armour, Ch., Bunting, B., Ennis, E., Lapsley, C., Murray, E., & O'Neill, S. (2019). Coping, stress, and negative childhood experiences: The link to psychopathology, self-harm, and suicidal behavior. *PsyCh Journal*, 8(3), 293 – 306. <https://doi.org/10.1002/pchj.301>
- McLean, J., Maxwell, M., Platt, S., Harris, F., & Jepson, R. (2008). Risk and protective factors for suicide and suicidal behavior: a literature review. Scottish Government

Social Research. <https://dspace.stir.ac.uk/bitstream/1893/2206/1/>

Suicide%20review%5B1%5D.pdf

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C., Rojas, E., Fleiz, C., Zambrano, J., Villatoro, J., Blanco, J., y Aguilar-Gaxiola, S.A. (2009). Estudio de los trastornos mentales en México: resultados de la Encuesta Mundial de Salud Mental. en Rodríguez, J., Kohn, R. y Aguilar-Gaxiola S.A. (eds.). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud.

<http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/Articulos%20Jorge/Capitulos/Estudio%20de%20los%20trastornos%20mentales%20en%20Mexico%3B%20resultados%20de%20la%20encuesta%20mundial%20de%20salud%20mental,%202009.pdf>

Mitchell, S. M., Seegan, P. L., Roush, J. F., Brown, S. L., Sustaíta, M. A., & Cukrowicz, K. C. (2018). Retrospective cyberbullying and suicide ideation: The mediating roles of depressive symptoms, perceived burdensomeness, and thwarted belongingness. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(16), 2602 – 2620.

<https://doi.org/10.1177%2F0886260516628291>

Miller, J. N. & Black, D.W. (2020). Bipolar Disorder and Suicide: a Review. *Current psychiatry reports*, 22(2), 6. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1130-0>

Miranda-Mendizábal, A., Castellví, P., Alayo, I., Vilagut, G., Blasco, M., Torrent, A., Ballester, L., Almenara, J., Lagares, C., Roca, M., Sesé, A., Piqueras, J. A., Soto-Sanz, V., Rodríguez-Marín, J., Echeburúa, E., Gabilondo, A., Cebriá, A. I., Bruffaerts, R., Auerbach, R. P., Mortier, P., Kessler, R. C., & Alonso, J. (2019a). Gender commonalities and differences in risk and protective factors of suicidal

thoughts and behaviors: a cross-sectional study of Spanish university students.

Depress Anxiety, 36(11), 1102 – 1114. <https://doi.org/10.1002/da.22960>

Miranda-Mendizábal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebriá A., Gabilondo, A., Gill, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marin, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., & Alonso, J. (2019b). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health*, 64(2), 265 – 283.

<https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>

Miranda-Mendizábal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebriá, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Roca, M., Rodríguez-Marin, J., Rodríguez-Jiménez, T., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., & Alonso, J. (2017). Sexual orientation and suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 211(02), 77 – 87. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.196345>

Millner, A., Lee, M., Hoyt, K., Buckholtz, J., Auerbacj, R., & Nock, M. (2020). Are suicide attempters more impulsive than suicide ideators? *General Hospital Psychiatry*, 63(0) 103 – 110. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2018.08.002>

Mirkovic, B., Delvenne, V., Robin, M. Pham-Scottez, A., Corcos, M., & Speranza, M. (2021). Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: the mediating role of emotional dysregulation. *BMC Psychiatry*, 21, 393. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03377-x>

Moreno-Carmona, N., Andrade-Palos, P., y Betancourt-Ocampo, D. (2018). Fortalezas en adolescentes de Colombia y México que nunca han intentado suicidarse. *Revista*

- Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(2), 797 – 807.
<https://doi.org/10.11600/1692715x.16210>
- Mueller, A., Abrutyn, S., & Stockton, C. (2015). Can social ties be harmful? Examining the spread of suicide in early adulthood. *Sociological Perspectives*, 58(2), 204 – 222.
<https://doi.org/10.1177/0731121414556544>
- Navas, W. (2013) Abordaje del Suicidio en Atención Primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(606), 219 – 225.
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/606/art4.pdf>
- Navarrete, E., Herrera J., y León, P. (2019). Los límites de la prevención del suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 193 – 214.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2650/265060357003>. Doi: 10.4321/So211-57352019000100011
- Nichter, B., Stein, M. B., Monteith, L. L. Herzog, S., Holliday, R., Hill, M., Norman, S. B., Krystal, J. H., & Pietrzak, R. H. (2021). Risk factors for suicide attempts among U.S. military veterans: a 7-year population-based, longitudinal cohort study. *Suicide and life-threatening behavior*, 52(), 303 – 316. <https://doi.org/10.1111/sltb.12822>
- O'Connor, R. C. & Kirtley, O. (2018). The integrated motivational – volitional model of suicidal behavior. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 373(1754), 20170268.
<https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- O'Connor, R. C. & Nock, M. (2014). The psychology of suicidal behavior. *Lancet Psychiatry*, 1(1), 73 – 85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- O'Connor, R. C. & Portzky, G. (2018). Looking to the Future: A Synthesis of New Developments and Challenges in Suicide Research and Prevention. *Frontiers in*

psychology, 9(0), 2139. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02139>

O'Neill, C., Pratt, D., Kilshaw, M., Ward, K., Kelly, J., & Haddock, G. (2021). The relationship between self-criticism and suicide probability. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(6), 1445 – 1456. <https://doi.org/10.1002/cpp.2593>

Ong, E. & Thompson C. (2019). The importance of coping and emotion regulation in the occurrence of suicidal behavior. *Psychological Reports*, 122(4), 1192 – 1210. <https://doi.org/10.1177/0033294118781855>

Organización Mundial de la Salud. (2012). Prevención del Suicidio *SUPRE*. https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Preventing suicide, a global imperative*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=54B78A553AA8B77FED3E8EB08C5BF73C?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Suicide Prevention Day*. <https://www.who.int/bangladesh/news/detail/10-09-2017-suicide-prevention-day>

Organización Mundial de la Salud. (2018a). *Hacia un plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos*. www.who.int/sdg/global-action-plan

Organización Mundial de la Salud. (2018b). *Notas descriptivas, suicidio, enero 2018*. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

Organización Mundial de la Salud. (2018c). *World Health Statistics data visualizations dashboard. Suicide mortality rate*. <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Suicide in the world, global Health Estimates*.

https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud. (2021a). *Suicide worldwide in 2019, global health estimates*. <http://apps.who.int/iris>.

Organización Mundial de la Salud. (2021b). *Live Life, an implementation guide for suicide prevention in countries*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>

Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Prevención de la Conducta suicida*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Agenda de salud sostenible para las Américas 2018 – 2030, un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49169/CSP296-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020 – 2025, la equidad, el corazón de la salud*. <https://www.paho.org/es/documentos/plan-estrategico-ops-2020-2025>

Orri, M., Galera, C., Turecki, G., Boivin, M., Tremblay, R., Geoffroy, M., & Coté, S. (2019). Pathways of association between childhood irritability and adolescent suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58, (1), 99 – 107. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.034>

Osafo, J., Knizek, B., Akotia, C., & Hjelmeland, H. (2013). Influence of religious factors on attitudes towards suicidal behavior in Ghana. *Journal of Religion and Health* 52(2), 488 – 504. <https://doi.org/10.1007/s10943-011-9487-3>

Owusu-Ansah, F., Addae, A., Peasah, B., Asante, K., & Osafo, J. (2020). Suicide among university students: prevalence, risk, and protective factors. *Health psychology and*

behavioral medicine, 8(1), 220 – 233.

<https://doi.org/10.1080/21642850.2020.1766978>.

Özyay, F., Aktepe, E., & Erturan, J. (2019). The evaluation of psychiatric comorbidity, self-injurious behavior, suicide probability, and other associated psychiatric factors (loneliness, self-esteem, life satisfaction) in adolescents with acne: a clinical pilot study. *Journal of cosmetic dermatology*, 18(3), 916 – 921.

<https://doi.org/10.1111/jocd.12708>

Padrós-Blázquez, F. y Martínez-Medina, M. P. (2021). Construcción y análisis factorial de una escala para medir el disfrute experimentado en adultos (EDEA) en población de Michoacán (México). *Anuario de Psicología the UB Journal of Psychology*, 51(2) 68 – 75. <https://doi.org/10.1344/ANPSIC2021.51.8>

Padrós-Blázquez, F., Martínez-Medina, M. P., Montoya-Pérez, K. S., & Montoya-Pérez, R. (2021a). Psychometric properties of the Gaudiebility (Enjoyment modulators) Scale for Adults of Morelia (GSAM). *PLoS One*, 16(7), e0252543.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252543>

Padrós-Blázquez, F. y Martínez Medina, M. P. (2020). Gaudibilidad y consumo abusivo de alcohol en adolescentes. *Psicosomática y psiquiatría*, 14(2), 13 – 19.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/esSiqueira/ibc-198797>

Padrós-Blázquez, F. y Fenández, J. (2008). A proposal to measure a modulator of the experience of enjoyment, the gaudiebility scale. *International journal of psychology and psychological therapy*, 8(3), 413 – 430.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2714560>

Padrós-Blázquez, F., Martínez, P., & Graff, A. (2014). Gaudiebility group therapy in depressed patients: a pilot study. *International Journal of Psychology and*

Psychological Therapy, 14(1), 59 – 69. <https://www.ijpsy.com/volumen14/num1/374/gaudiebility-group-therapy-in-depressed-EN.pdf>

Padrós-Blázquez, F., Martínez-Medina, M. P., y Cruz-García, M. A. (2011). Nivel de gaudibilidad en pacientes esquizofrénicos: un estudio piloto. *Salud Mental*, 34(6), 525 – 529. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1444/1442

Padrós-Blázquez, F., Martínez-Medina, M. P., Montoya-Pérez, K., & Montoya-Pérez, R. (2021b). Psychometric properties of the gaudiebility (enjoyment modulators) scale for adults of Morelia (GSAM). *PLoS One*, 16(7), 1 – 12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252543>

Padrós-Blázquez, F., Montoya-Pérez, K., Bravo-Calderón, M. A., y Martínez-Medina, M. P. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y estrés*, 26 (2-3), 181 – 187. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002>

Padrós-Blázquez, F., Pintor-Sánchez, B. E., y Valdés-García, K. P. (2023). Análisis psicométrico de la escala de ideación suicida de Roberts en universitarios mexicanos. *Psicumex*, 13(1), 1 – 22. <https://psicumex.unison.mx/index.php/psicumex/article/view/513>

Palacio-Chavarriaga, C., Rodríguez-Marín, L., y Gallego-Henao, A. (2019). Sentimientos y pensamientos de jóvenes frente al acoso escolar: el suicidio como una alternativa. *Revista eleuthera*, 21(0), 34 – 47. <https://doi.org/10.17151/eleu.2019.21.3>

Park, K., Lee, W., Lee, Y., Moon, J., Jeon, D. W., Shim, S., Cho, S. J., Kim, G., Lee, J., Paik, J. W., Kim, M. H., You, S., Jeon, J., Rhee, J., Kim, J., Kim, J., & Ahn, M. (2020). Suicide risk factors across suicidal ideators, single suicide attempters, and

- multiple suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research*, 131(), 1 – 8.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.08.018>.
- Parker, M., Duran, B., Rhew, I., Magarati, M., Larimer, M., & Donovan, D. (2020). Risk and protective factors associated with moderate and acute suicidal ideation among a national sample of tribal college and university students 2015 – 2016. *The Journal of rural health*, 37(3), 545 – 553. <https://doi.org/10.1111/jrh.12510>
- Peh, C. X., Shahwan, S., Fauziana, R., Mahesh, M. V., Sambasivam, R., Zhang, Y., Ong, S. H., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2017). Emotion dysregulation as a mechanism linking child maltreatment exposure and self-harm behaviors in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 67(), 383 – 390.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.013>
- Pereira, A. & Cardoso, F. (2019). Stigmatizing Attitudes Towards suicide by gender and age. *CES Psicología*, 12(1), 3 – 16.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4235/423561559002>.
<https://doi.org/10.21615/cesp.12.1.1>
- Pérez-Chán, M. (2015). Familia multiproblemática como factor en el desarrollo de la ideación e intento suicida en adolescentes. *Salud en Tabasco*, 21(2-3), 45 – 54.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=487/48745738002>
- Pérez, R. (2016). *Estudio epidemiológico del suicidio consumado en los partidos judiciales de Balaguer y Cervera, 1960 – 1990*. Universidad de Lleida, Lleida, España.
- Periódico Oficial. (2019). *Ley de Prevención del Suicidio para el Estado de Coahuila de Zaragoza*. http://www.coahuilatrasmis.gob.mx/decretos/documentos_decretos/LEY%20DE%20PREVENCION%20DEL%20SUICIDIO%202019_desbloqueado.pdf

- Peterson, C. & Seligman, M. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. American Psychological Association.
- Podlogar, T., Ziberna, J., Postuvan, V., & Kerr, D. (2016). Belongingness and burdensomeness in adolescents: Slovene translation and validation of the interpersonal need's questionnaire. *Suicide and life-threatening behavior*, 47(3), 336 – 352. <https://doi.org/10.1111/sltb.12276>
- Polanco-Roman, L., Moore, A., Tsypes, A., Jacobson, C., & Miranda, R. (2018). Emotion reactivity, comfort expressing emotions, and future suicidal ideation un emerging adults. *Journal of Clinical Psychology*, 74(1), 123 – 135. <https://doi.org/10.1002/jclp.22486>
- Pompili, M., Innamorati, M., Lamis, D., Lester, D. Di Fiore, E., Glori, G., Ricci, F., Erbuto, D., Tambelli, R., Balestrieri, M., Amore, M., & Girardi, P. (2016). The interplay between suicide risk, cognitive vulnerability, subjective happiness and depression among students. *Current Psychology: A Journal for Diverse perspectives on Diverse Psychological Issues*, 35(3), 450 – 458. <https://doi.org/10.1007/s12144-015-9313-2>
- Prihadi, K., Wong, Ch., Chong, E., & Chong, K. (2020). Suicidal thoughts among university students: The role of mattering, state self-esteem and depression level. *International Journal of Evaluation and Research in Education*, 9(3), 494 – 502. <https://doi.org/10.11591/ijere.v9i3.20587>
- Procuraduría General de Justicia del Estado. (2017). *Estadísticas de suicidios en el Estado de Coahuila de Zaragoza*. Gobierno del Estado de Coahuila. Presentación en reunión de trabajo del comité de prevención del suicidio del Estado de Coahuila.

- Proyecto Universitario para Alumnos Saludables (PUERTAS). (2018). *Informe Técnico Universidad Autónoma de Coahuila. Primer Informe de los alumnos de nuevo ingreso 2018 de la Universidad Autónoma de Coahuila.*
- Quadt, L., Critchley, H., & Garfinkel, S. (2018). Interoception and emotion: Shared mechanisms and clinical implications. En Tsakiris, M. & DePreester, H. *The Interoceptive Mind from homeostasis to awareness.* Oxford.
- Quintana-Orts, C., Rey, L., y Neto, F. (2021). Are loneliness and emotional intelligence important factors for adolescents? Understanding the influence of bullying and cyberbullying victimization on suicidal ideation. *Psychosocial Intervention, 30*(2), 67 – 74. <https://doi.org/10.5093/pi2020a18>
- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento Suicida. Perfil Psicológico y posibilidades de tratamiento.* (1° ed.). Editorial Pax.
- Ran, M., Xiao, Y., Fazel, S., Lee, Y., Luo, W., Hu, S., Yang, X., Liu, B., Brink, M., Chan, W., Chen, Y.H., & Chan, C. (2020). Mortality and suicide in schizophrenia: 21-year follow-up in rural China. *BJPsych Open, 6*(6), E121. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.106>
- Rangel-Garzón, C., Suárez-Beltrán, M., Escobar-Córdoba, F. (2015). Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. *Revista de la Facultad de Medicina, 63*(4), 707 – 716. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.50849>
- Rasmussen, M., Hjelmeland, H., & Dieserud, G. (2017). Barriers toward help-seeking among young men prior to suicide. *Death Studies, 42*(2), 93 – 103. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1328468>
- Reyes-Tovilla, J. Hernández-Yáñez, H., Juárez-Rojo I., Tovilla-Zárate, C., López-Narváez, L., Villar- Soto, M., González-Castro, T., y Fresan, A. (2016). Psychological

- evaluation of impulsive /premeditated aggression and associated factors: A transversal study of users of health services in Tabasco, Mexico. *Salud Mental*, 39 (1), 19 – 24. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.064>
- Reynoso, O., Caldera J., Carreño, B., García, D., y Velázquez, L. (2018). Modelo explicativo y predictivo de la ideación suicida en una muestra de bachilleres mexicanos. *Psicología desde el caribe*, 36(1), 82 – 100. <https://doi.org/10.14482/psdc.36.1.378.2>
- Riveron, L., Velázquez, R., Borrero, O., y Fonseca, M. (2016). Factores de riesgo, síntomas y conducta ante adolescentes con intentos suicidas. *Revista 16 de abril*, 55(262), 18 – 24. <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/ abr-2016/abr16262c.pdf>
- Roberts, R. E. & Chen, Y. W. (1995). Depressive symptoms and suicidal ideation among Mexican origin and Anglo adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(1), 81 – 90. <http://doi.org/10.1097/00004583-199501000-00018>
- Román, V. y Abud, C. (2017). *Comunicación, infancia y adolescencia: guía para periodistas*. UNICEF.
- Roncero, D., Andreu, J. M., y Peña, M. E. (2016). Procesos cognitivos distorsionados en la conducta agresiva y antisocial en adolescentes. *Anuario de psicología jurídico*, 26(1), 88 – 101. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3150/315046741011>
- Ruvalcaba-Romero, N. A., Alfaro-Beracoechea, L. N., Orozco-Solís, G., y Rayón-Carlos, R. (2018). Construcción y validación de la Escala de buen trato en adultos mexicanos. *Revista Educación y Desarrollo*, 46(3), 7 – 14. https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/46/46_Ruvalcaba.pdf

- Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, *16*(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>.
- Sánchez-Cervantes, F., Serrano-González, R., y Márquez-Caraveo, M. (2015). Suicidios en menores de 20 años, México 1998-2011. *Salud Mental*, *38*(5), 379 – 389. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.051>
- Sánchez-Loyo, L. M., Morfín, T., García, J., Quintanilla, R., Hernández, R., Contreras, E., y Cruz, J. (2014). Intento de suicidio en Adolescentes Mexicanos: Perspectiva desde el consenso cultural. *Acta de Investigación Psicológica*, *4*(1), 1446 – 1458. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(14\)70386-2](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(14)70386-2)
- Sánchez-Teruel, D., Muela-Martínez, J. A., González Cabrera, M., Fernández-Amela, M. R., & García-León, A. (2018). Variables related to suicide attempt in Spanish province over a three-year period (2009-2011). *Ciência & Saúde Coletiva*, *23*(1), 277 – 286. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182231.23752015>
- Sánchez-Teruel, D. y Robles-Bello, M. (2017). La gaudibilidad y el bienestar subjetivo en la salud: una revisión sistemática. *Revista latinoamericana de psicología positiva*, *3*(), 11 – 23. <http://psycap.cl/wp-content/uploads/2017/05/La-Gaudibilidad-y-el-bienestar-subjetivo-en-la-salud-una-revisio%CC%81n-sistema%CC%81tica-.pdf>
- Seidu, A., Amu, H., Dadzie, L., Amoah, A., Ahinkorah, O. B., Kwabena, E., Acheampong, H. Y., & Kissah-Korsah, K. (2020). Suicidal behaviours among in-school adolescents in Mozambique: Cross-sectional evidence of the prevalence and predictors using the Global School-Based Health Survey data. *PLoS One*, *15*(7), 1 –

13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236448>

Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology [Special issue].

American Psychologist, 55(1), 410 – 21. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>

Siabato, E. y Salamanca, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios.

Psychologia. Avances de la disciplina, 9 (1), 71 – 81.

<http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v9n1/v9n1a06.pdf>

Siegmann, P., Teismann, T., Fritsch, N., Forkmann, T., Glaesmer, H., Zhang, X.,

Brailovskaia, J., & Margraf, J. (2017). Resilience to suicide ideation: A cross-cultural test of the buffering hypothesis. *Clinical psychology & psychotherapy*,

25(1), e1 – e9. <https://doi.org/10.1002/cpp.2118>

Sierra, E. y Martínez, C. (2015). Suicidio y autolesiones en ámbito rural y urbano en

emergencias 112 Castilla y León. *Prehospital Emergencu Care [edición en español]*

5(4), 1 – 8. [https://www.researchgate.net/profile/Carmen_M_Martinez-](https://www.researchgate.net/profile/Carmen_M_Martinez-Caballero/publication/291975188_SUICIDIO_Y_AUTOLESION_EN_ambito_rural_y_urbano_en_emergencias_112_Castilla_y_Leon/links/56a8862008aeded22e38375e.pdf)

[Caballero/publication/291975188_SUICIDIO_Y_AUTOLESION_EN_ambito_rural_y_urbano_en_emergencias_112_Castilla_y_Leon/links/56a8862008aeded22e38375e.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Carmen_M_Martinez-Caballero/publication/291975188_SUICIDIO_Y_AUTOLESION_EN_ambito_rural_y_urbano_en_emergencias_112_Castilla_y_Leon/links/56a8862008aeded22e38375e.pdf)

Siracuse, B., Gorgy, G., Ruskin, J., & Beebe, K. (2017). What is the incidence of suicide in

patients with bone and soft tissue cancer? *Clinical Orthopaedics and Related*

Research, 475(5), 1439 – 1445. <https://doi.org/10.1007/s11999-016-5171-y>

Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código ético del psicólogo*. Trillas.

Stecz, P., Slezáčková, A., Millová, K., & Nowakowska-Domagała, K. (2019). The

predictive role of positive mental health for attitudes towards suicide and suicide prevention: Is the well-being of students of the helping professions a worthwhile

goal for suicide prevention? *Journal of Happiness Studies*, 21(6), 1965 – 1984.

<https://doi.org/10.1007/s10902-019-00163-1>

Stefa-Missagli, S., Unterrainer, H-F., Giupponi, G., Holasek, S-J., Kapfhammer, H-P., Conca, A., Sarlo, M., Erbuto, D., Rogante, E., Moujaes-Droescher, H., Davok, K., Berardelli, I., Kryszynska, K., Andriessen, K., Lester, D., & Pompili, M. (2020). Suicide and personality traits: a multicenter study of Austrian and Italian psychiatric patients and students. *Suicide and life-threatening behavior*, 50(1), 220 – 232. <https://doi.org/10.1111/sltb.12579>

Taliaferro, L. & Muehlenkamp, J. (2014). Risk and protective factors that distinguish adolescents who attempt suicide from those who only consider suicide in the past year. *Suicide and life-threatening behavior*, 44(1), 6 – 22.

<https://doi.org/10.1111/sltb.12046>

Tan, L., Yang, Q., Chen, J., Zou, H., Xia, T., & Liu, Y. (2017). The potential role of attitudes towards suicide between mental health status and suicidal ideation among Chinese children and adolescents. *Childcare, health and development*, 43(5), 725 – 732. <https://doi.org/10.1111/cch.12471>

Tasnim, R., Islam, S., Hossain Sujana, S., Sikder, T., & Potenza, M. (2020). Suicidal ideation among Bangladeshi university students early during the COVID-19 pandemic: Prevalence estimates and correlates. *Children and Youth Services Review*, 119(), 105703. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105703>

Teismann, T., Brailovskaia, J., & Margraf, J. (2019). Positive mental health, positive affect and suicide ideation. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(2), 165 – 169. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.02.003>

- Teismann, T., Forkmann, T., Brailovskaia, J., Siegmann, P., Glaesmer, H., & Margraf J. (2018). Positive mental health moderates the association between depression and suicide ideation: A longitudinal study. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 18*(1), 1 – 7. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.08.001>
- Tejedor, F. J. (1981). Validez interna y externa en los diseños experimentales. *Revista Española de Pedagogía, 39*(151), 15 – 39. <https://www.jstor.org/stable/23763072>
- Tokolahi, E., Hocking, C., Kersten, P., & Vandal, A. C. (2016). Quality and reporting of cluster randomized controlled trials evaluating occupational therapy interventions: a systematic review. *Occupation, participation and health, 36*(1), 1 – 11. <https://doi.org/10.1177/1539449215618625>
- Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia: Avances de la Disciplina, 7*(1), 93 – 102. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297226904010>
- Toro-Tobar, R. A., Grajales-Giraldo, F. L., & Sarmiento-López, J. C. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan, 16*(4), 473 – 486. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.6>
- Tsukawaki, R., Higuchi, M., & Fukada, H. (2009). Relationship between humor expression and self-acceptance, aggression, and altruism. *The Japanese journal of psychology, 80*(4), 339 – 344. <https://doi.org/10.4992/jjpsy.80.339>
- Tucker, R., O'Connor, R., & Wingate, L. (2016). An investigation of the relationship between rumination styles, hope, and suicide ideation through the lens of the integrated motivational – volitional model of suicidal behavior. *Archives of suicide research, 20*(4), 553 – 566. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1158682>

- Turecki, G., Brent, D., Gunnell, D., O'Connor, R., Oquendo, M., Pirkis, J., & Stanley, B. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature reviews disease primers*, 5(74).
<https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- Universidad Autónoma de Coahuila. (9 de noviembre de 2022). *UAdeC en números a diciembre 2019*. Dirección de Planeación portal estadística de la Universidad Autónoma de Coahuila. <http://www.sie.uadec.mx/pdf/infografia.pdf>
- Vallejo-Casarín, A., Segura, H., Andrade-Palos, P., Betancourt-Ocampo, D., Méndez-Flores, M., y Rojas-Rivera, R. (2016). Comparación y caracterización de ideación e intentos suicidas en adolescentes mexicanos de tres regiones. *Revista de Educación y Desarrollo*, 39(4), 121 – 128.
https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/39/39_Vallejo.pdf
- Van Heeringen, C. Bijttebier, S., & Godfrin, K. (2011). Suicidal brains: a review of functional and structural brain studies in association with suicidal behaviour. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(3), 688 – 698.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.08.007>
- Vargas, C., Villafaña, L., Moysén, A., y Eguiluz, L. (2019). Estrategias de afrontamiento y funcionamiento familiar en padres de hijos con intento suicida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 1(2) 232 – 243.
<https://revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/41>
- Vargas, M., Vega, J., Montero, G., y Hernández, G. (2017). Suicidio en adultos mayores en Costa Rica durante el período 2010 – 2014. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 1 – 24. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v34n1/2215-5287-mlcr-34-01-2.pdf>
- Velázquez-Vázquez, D., Rosado-Franco, A., Herrera-Pacheco, D., Aguilar-Vargas, E., & Méndez-Domínguez, N. (2019). Epidemiological description of suicide mortality in

- the state of Yucatan between 2013 and 2016. *Salud Mental*, 42(2), 75 – 82.
<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2019.010>
- Vera, J. A., Grubits, H. B., López, P., y García, D. (2010). Satisfacción con la vida y afectos positivos en jóvenes universitarios. *Revista Psicología e Saúde*, 2(1), 24 – 41. <https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/33/49>
- Verrocchio, M. C., Carrozzino, D., Marchetti, D., Andreasson, K., Fulcheri, M., & Bech, P. (2016). Mental Pain and Suicide: A Systematic Review of the Literature. *Frontiers in psychiatry*, 7(1), 108. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00108>
- Villar-Cabeza, F., Esnaola-Letemendia, E., Blasco-Blasco, T., Prieto-Toribio, T., Vergé-Muñoz, M., Vila-Grifoll, M., Sánchez-Fernández, B., y Castellano-Tejedor, C. (2018). Análisis dimensional de la personalidad del adolescente con conducta suicida. *Actas españolas de psiquiatría*, 46(3), 104 – 111.
<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/20/113/ESP/20-113-ESP-104-11-630668.pdf>
- Wang, J., Chu, J., Sun S., Zhang, J., Guo, X., & Jia, C. (2017a). Social Psychological Factors and Suicidal Intent Among Suicide attempters in rural China. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(1), 48 – 53.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000628>
- Wang, R-H., Lai, H., Hsu, H., & Hsu, M. (2011). Risk and protective factors for suicidal ideation among Taiwanese adolescents. *Nursing Research*, 60(6), 413 – 421.
<https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3182337d83>
- Wang, Y., Chen, S., Xu, Z., Shen, Z., Wang, Y., He, X., Cao, R-F., Roberts, D. L., Shi, J-F., & Wang, Y-Q. (2017b). Family history of suicide and high motor impulsivity distinguish suicide attempters from suicide ideators among college students.

Journal of Psychiatric Research, 90(), 21 – 25.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.02.006>

Winer, E. S., Bryant, J., Bartoszek, G., Rojas, E., Nadorff, M. R., & Kilgore, J. (2017).

Mapping the relationship between anxiety, anhedonia, and depression. *Journal of Affective Disorders*, 221(), 289 – 296. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.006>

Woolley, H., Levy, E., Spector, S., Geneau, N., Castro, A., Rouleau, S., & Roy, L. (2020).

I'm not alone: Womens experiences of recovery oriented occupational therapy groups following depression. *Canadian Journal of occupational therapy*, 87(), 73 – 82. <https://doi.org/10.1177/000841719878916>

Yen, S., Peters, J. R., Nishar, S., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Shea, M. T., Zhanarini, M.

C., McGlashan, T., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2021). Association of Borderline Personality Disorder Criteria with Suicide Attempts: Findings From the Collaborative Longitudinal Study of Personality Disorders Over 10 Years of Follow-up. *JAMA Psychiatry*, 78(2), 187 – 194.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.3598>

Yu, B. & Chen, X. (2019). Age and birth cohort-adjusted rate of suicide mortality among

US male and female youths aged 10 to 19 years from 1999 to 2017. *JAMA Network Open* 2(9) e1911383. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.11383>

Zaheer, J., Olfson, M., Mallia, E., Lam, J., de Oliveira, C., Rudoler, D., Carvalho, A.,

Jacob, B., Juda, A., & Kurdyak, P. (2020). Predictors of suicide at time of diagnosis in schizophrenia spectrum disorder: A 20-year total population study in Ontario, Canada. *Schizophrenia Research*, 222(), 382 – 388.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.04.025>

Zapata, M. & Betancourth, S. (2020). Crime victimization and suicidal ideation among Colombian college students: the role of depressive symptoms, familism, and social support. *Journal of Interpersonal Violence*, 35 (5-6), 1376 – 1388.

<https://doi.org/10.1177/0886260517696856>

Zou, Y., Leung, R., Lin, S., Yang, M., Lu, T. Li, X., Gu, J., Hai, Ch., Dong, G., & Hao, Y. (2016). Attitudes towards suicide in urban and rural China: a population based, cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 16(162). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0872-z>

ANEXO A. Escala para medir el disfrute experimentado en adultos EDEA.

Instrucciones. Esta escala está diseñada para conocer en qué intensidad, frecuencia y circunstancias Ud. experimenta disfrute. Por favor, conteste marcando una cruz (x) a cada cuestión. Su respuesta ha de indicar el grado de acuerdo respecto a cada afirmación, no lo que cree que debería ser o lo que desearía. Por ello conteste con rapidez y no analice demasiado sus respuestas, ya que la primera suele ser la más acertada. Intente responder a todas las cuestiones y no dejarse ninguna.

Señala el nivel de acuerdo en cada una de las siguientes afirmaciones:	Totalmente en desacuerdo	Algo en des acuerdo	Ni en acuerdo ni en des acuerdo	Algo de acuerdo	Total mente de acuerdo
1. Me lo paso bien en muchos lugares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Disfruto durante muchos momentos al día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Me divierto con mucha intensidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estoy a gusto con la mayoría de personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Me lo paso bien en la mayoría de circunstancias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Soy una persona que disfruta con facilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO B. Escala de Gaudibilidad.

Instrucciones. Esta escala está diseñada para conocer su opinión y las situaciones en que usted puede experimentar sensación de disfrute. Por favor, conteste marcando una cruz (x) a cada cuestión. Su respuesta ha de indicar el grado de acuerdo respecto a cada afirmación, no lo que cree que debería ser o lo que desearía. Por ello conteste con rapidez y no analice demasiado sus respuestas, ya que la primera suele ser la más acertada. Intente responder a todas las cuestiones y no dejarse ninguna.

Señala el nivel de acuerdo en cada una de las siguientes afirmaciones:	Total mente en des acuerdo	Algo en des acuerdo	Ni en acuerdo ni en des acuerdo	Algo de acuerdo	Total mente de acuerdo
1.La mayoría de las actividades que hago me parecen interesantes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Cuando estoy solo/sola me aburro fácilmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.Muchas cosas me hacen reír.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Si uno ríe mucho, su desempeño baja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.Me cuesta concentrarme, incluso cuando me cuentan historias que me interesan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.Soy una persona muy imaginativa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.Me intereso fácilmente en la mayoría de las cosas que hago.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Casi nunca me divierto cuando estoy sola/solo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Mis amigos y amigas me dicen que río mucho.	<input type="radio"/>				
10. Pierdo la concentración fácilmente cuando estoy realizando algún trabajo.	<input type="radio"/>				
11. Creo que para disfrutar se requiere tener dinero.	<input type="radio"/>				
12. Suelo disfrutar al máximo de las cosas que me parecen interesantes.	<input type="radio"/>				
13. Me la paso bien cuando imagino.	<input type="radio"/>				
14. Acostumbro reír varias veces al día.	<input type="radio"/>				
15. Me cuesta mucho divertirme cuando estoy sola/solo.	<input type="radio"/>				
16. Pienso que las personas que se ríen mucho son tontas.	<input type="radio"/>				
17. Las personas me dicen que pierdo la concentración fácilmente.	<input type="radio"/>				
18. Tengo mucha imaginación.	<input type="radio"/>				
19. En casa, cuando no está mi familia, me aburro con facilidad.	<input type="radio"/>				
20. Si me lo propongo, soy capaz de encontrar interés en cualquier actividad que realice.	<input type="radio"/>				
21. Me cuesta trabajo concentrarme, incluso con algo que me interesa.	<input type="radio"/>				
22. Me río fácilmente cuando los demás hacen una broma.	<input type="radio"/>				
23. Si me lo propongo, puedo inventar historias con facilidad.	<input type="radio"/>				

24. Creo que la gente que ríe mucho, no es muy consciente de los problemas del mundo.	<input type="radio"/>				
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

ANEXO C. Escala de Buen Trato Percibido

INSTRUCCIONES: A continuación, encontrarás algunas afirmaciones. Lee atentamente cada frase y señala con una “X” la respuesta que más se aproxime a tu situación. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplees mucho tiempo en cada respuesta.

1 = Nunca
 2 = Casi Nunca
 3 = A veces
 4 = Casi Siempre
 5 = Siempre

	1	2	3	4	5
1. Hay personas que están al pendiente de mí cuando atravieso por situaciones complicadas.	<input type="radio"/>				
2. Hay quienes me apoyan de manera incondicional.	<input type="radio"/>				
3. Hay quienes se preocupan por mi bienestar.	<input type="radio"/>				
4. Hay personas que me abrazan y me expresan su cariño.	<input type="radio"/>				
5. Cuento con personas que me apoyan emocionalmente cuando lo necesito.	<input type="radio"/>				
6. Hay personas que me tratan con calidez.	<input type="radio"/>				
7. Hay personas que han hecho cosas especiales para mí.	<input type="radio"/>				
8. Hay personas que me dedican tiempo.	<input type="radio"/>				
9. Hay quienes reconocen mis cualidades.	<input type="radio"/>				
10. Hay personas que me expresan su cariño.	<input type="radio"/>				
11. Siento que los demás me aprecian y valoran.	<input type="radio"/>				
12. Me siento aceptado de manera incondicional.	<input type="radio"/>				
13. Cuando estoy con otra persona, trato de enfocar toda mi atención en ella.	<input type="radio"/>				

	1	2	3	4	5
14. Pregunto a los demás sobre las cosas que les interesan.	<input type="radio"/>				
15. Algunas personas pueden contar con mi apoyo de manera incondicional.	<input type="radio"/>				
16. Me gusta tener detalles especiales con las personas que me rodean.	<input type="radio"/>				
17. Busco las maneras para motivar a los demás.	<input type="radio"/>				
18. Soy bueno para comprender las emociones de los demás.	<input type="radio"/>				
19. Me preocupo por el bienestar de los demás.	<input type="radio"/>				
20. Puedo ofrecer apoyo emocional a otros cuando lo necesitan.	<input type="radio"/>				
21. Suelo hablar a los demás con cortesía y amabilidad / cordialidad.	<input type="radio"/>				
22. Soy una persona amable.	<input type="radio"/>				
23. Trato a los demás con calidez.	<input type="radio"/>				
24. Les hablo a los demás con respeto.	<input type="radio"/>				
25. Me cuesta trabajo abrazar a las personas a las que quiero.*	<input type="radio"/>				
26. Me es difícil expresar mi cariño hacia los demás.*	<input type="radio"/>				
27. Busco la manera de expresar mi afecto por las personas que amo.	<input type="radio"/>				
28. Los demás consideran que soy una persona cariñosa	<input type="radio"/>				
29. Cuando admiro a alguien, puedo expresar mi reconocimiento por él o ella.	<input type="radio"/>				
30. Cuido mi alimentación.	<input type="radio"/>				
31. Descuido mi estado de salud.*	<input type="radio"/>				
32. Estoy atento(a) a mi estado de bienestar.	<input type="radio"/>				

	1	2	3	4	5
33. Respeto las horas que necesito para dormir.	<input type="radio"/>				
34. Respeto mi tiempo de ocio y recreación.	<input type="radio"/>				
35. Dedico tiempo a las cosas que me gustan.	<input type="radio"/>				
36. Cuando puedo me cumplo algún gusto.	<input type="radio"/>				
37. Respeto mis decisiones.	<input type="radio"/>				

ANEXO D. Escala de Ideación Suicida de Roberts y Chen.

Instrucciones.

Marca la respuesta que corresponda al número de días que durante la semana pasada experimentaste las siguientes afirmaciones

	0 días	1-2 días	3-4 días	5-7 días
Sentí que no podía seguir adelante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenía pensamientos sobre la muerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentía que mi familia estaría mejor, si yo estuviera muerto/muerta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensé en matarme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO E. Presentación y consentimiento informado

Presentación.

Apreciable estudiante, se solicita tu apoyo para contestar este cuestionario que es parte de una *tesis de doctorado* y tiene como objetivo identificar **factores protectores** que tengan el potencial de **prevenir la ideación suicida en estudiantes universitarios de la UAdeC**.

El tiempo aproximado de respuesta es de **20 a 25 minutos**.

Todas tus respuestas son **confidenciales**, y recibirás tus resultados e información, en el transcurso del próximo mes, en tu correo electrónico (institucional o alternativo), además puedes acceder a un *directorío con información* de centros de atención y apoyo públicos y privados, páginas en internet y redes sociales en las que se puede solicitar servicios de salud mental, además se ofrecen materiales de autoayuda que te pueden ser útiles, los puedes descargar en la siguiente liga: [https://uadecedu-](https://uadecedu-my.sharepoint.com/:f/r/personal/karlavalde%20uadec%20edu%20mx/Documents/1.%20Directorio%20de%20atenci%C3%B3n%20psicol%C3%B3gica%20y%20apoyo%20emocional?csf=1&web=1&e=ncvLJJ)

[my.sharepoint.com/:f/r/personal/karlavalde uadec edu mx/Documents/1.%20Directorio%20de%20atenci%C3%B3n%20psicol%C3%B3gica%20y%20apoyo%20emocional?csf=1&web=1&e=ncvLJJ](https://uadecedu-my.sharepoint.com/:f/r/personal/karlavalde%20uadec%20edu%20mx/Documents/1.%20Directorio%20de%20atenci%C3%B3n%20psicol%C3%B3gica%20y%20apoyo%20emocional?csf=1&web=1&e=ncvLJJ).

También es importante que sepas que se dará un informe global a algunas autoridades universitarias para buscar desarrollar acciones de apoyo y beneficio de las y los universitarios, pero nadie tendrá acceso a tu información individual.

Puedes anotar este correo electrónico, para enviar cualquier pregunta, comentario, incomodidad, inquietud o molestia emocional que tengas o se genere a partir de este estudio al correo: karlavalde@uadec.edu.mx o mandar un mensaje al celular +52 844 104 11 98

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Toda vez que:

- Se ha hecho de mi conocimiento la información y objetivos del estudio;
- Se que la información recabada quedará bajo resguardo de la investigadora, y será confidencial;
- Que se que recibiré mis resultados personales;
- Estoy enterad@ que se dará un reporte global, sin nombres ni datos de identificación a autoridades de la Universidad para que puedan implementar acciones de apoyo para el bienestar emocional a la comunidad académica;
- Estoy consciente que puedo negarme a participar o interrumpir mi participación en cualquier momento, sin ningún tipo de consecuencia. Y que no existe una remuneración por mi participación.
- En caso de tener cualquier duda sobre mi participación o del estudio puedo comunicarme directamente con la Maestra Karla Patricia Valdés García al correo: **karlavaldes@uadec.edu.mx** o celular **+52 844 104 11 98**

Y sabiendo esto:

- Consiento participar
- No consiento participar