



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Memoria de tesis

Riesgo suicida en una muestra de estudiantes de enfermería y
salud pública: un modelo a partir del análisis multivariado

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD

P R E S E N T A:

Licenciado en Psicología
Francisco Javier Liévanos Ruiz

Dirección de tesis:

Médico Especialista en Psiquiatría
Sandra Anabel Vázquez Ramos



Morelia, Michoacán
México
Julio, 2016



FACULTAD DE MEDICINA
"DR. IGNACIO CHAVEZ"

MORELIA, MICHOACÁN

DR. RAFAEL CARRILLO, ESQ.
DR. SALVADOR GONZALEZ
HIERREJON
BOSQUE CHAQUEMOAC, CENTRO,
C.P. 58000, APARTADO POSTAL 136
[http://medic.facmed.u
mich.mx](http://medic.facmed.u
mich.mx)

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLAS DE HIDALGO

DEPENDENCIA FACULTAD DE CIENCIAS
MEDICAS Y BIOLÓGICAS "DR. IGNACIO
CHAVEZ"

DEPTO. DE HUMANIDADES EN MEDICINA
COMISION DE BIOETICA

Número de Registro CB/2016/V-165

DR. ARTURO VALENCIA ORTIZ.
SECRETARIO ACADÉMICO Y
SECRETARIO DEL COMITE DE INVESTIGACION
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
"DR IGNACIO CHÁVEZ" U.M.S.N.H.

PRESENTE.

En respuesta a su atento oficio, en relación a la solicitud de **re-evaluación** del proyecto de investigación titulado "RIESGO SUICIDA EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y SALUD PÚBLICA, UN MODELO A PARTIR DEL ANÁLISIS MULTIVARIADO", mismo que presenta el C. LIC. EN PSIC. FRANCISCO JAVIER LIÉVANOS RUÍZ, dentro del programa de Estudios de Posgrado de la Facultad, me permito informarle lo siguiente:

- 1.- Siguiendo la normatividad de evaluación correspondiente, dicho proyecto fue revisado nuevamente por un miembro de la Comisión de Bioética, en este caso el Dr. José Luis García Barbosa, cuya evaluación anexo íntegramente.
- 2.- El protocolo ha sido modificado de acuerdo con las recomendaciones emitidas, presentando la carta de Consentimiento Informado, el cual cumple con los lineamientos bioéticos.

Por lo anterior, se concluye:

Desde el punto de vista bioético: está **APROBADO** el proyecto, como trabajo de investigación dentro del programa de Posgrado de nuestra Facultad, así mismo le recuerdo que la comisión de Bioética sólo aprueba y avala los aspectos éticos, no así lo correspondiente a la aprobación por parte del comité de Investigación, en relación a metodología; por lo que solicito a Ud. tenga a bien hacer del conocimiento del Investigador Principal y Colaboradores, la presente resolución.

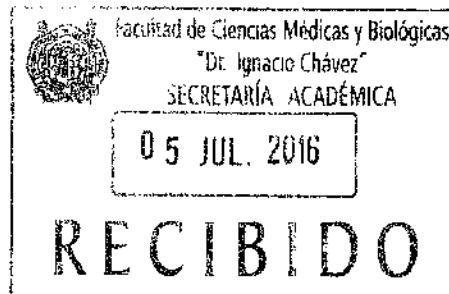
Morelia, Michoacán a 19 de Mayo del año 2016

ATENTAMENTE.

DR. ARTURO RIVERA GARCIA
COORDINADOR DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
"DR. IGNACIO CHÁVEZ"
COORDINACIÓN DE LA
COMISIÓN DE BIOÉTICA

c.c.p. Archivo Comisión de Bioética.
c.c.p. Departamento de Posgrado de la Facultad.



La Maestría en Ciencias de la Salud de la
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Pertenece al Padrón de Posgrados de Excelencia
Del CONACyT

El estudiante de la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas
“Dr. Ignacio Chávez”
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Recibió beca del CONACyT
durante la realización de su tesis de Maestría en Ciencias de la Salud

El Comité Tutorial designado por la División de Estudios de Posgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, aprobó la memoria de tesis que
presentó:

Licenciado en Psicología FRANCISCO JAVIER LIÉVANOS RUIZ

Doctor en Ciencias Biomédicas

José Miguel Cervantes Alfaro

Doctora en Ciencias Especialidad en Farmacología

Marcia Yvette Gauthereau Torres

Doctora en Ciencias Biomédicas

Graciela María Eugenia Letechipía Vallejo

Dirección de tesis

Co-Directora de Tesis
Médico Especialista en Psiquiatría
Sandra Anabel Vázquez Ramos
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Colaboradores

Maestro en Farmacología Básica
Humberto Ruiz Vega
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

La presente investigación se realizó en:

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas
“Dr. Ignacio Chávez”
División de Estudios de Posgrado

Escuela de Enfermería y Salud Pública
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Morelia Michoacán

Agradecimientos

Quiero agradecer a mi comité tutorial por guiarme y aportarme valiosas y enriquecedoras observaciones durante la realización de esta tesis. Al Maestro Humberto Ruiz Vega, por ayudarme a comprender mejor el uso de la estadística, parte fundamental de esta investigación. A mi primer asesor, el Doctor Quetzalcóatl Hernández, por permitirme aplicar el tamizaje de salud en la Escuela de Enfermería y Salud Pública de la U.M.S.N.H. como parte del proyecto de investigación del que está a cargo, y utilizar la información recabada para la elaboración del presente trabajo derivado. A mi segundo asesor, el Doctor Jesús Alveano, por compartir su amplia experiencia conmigo y orientarme durante gran parte del proceso de investigación. Y a mi tercera asesora, la Doctora Sandra Vázquez, por brindarme un último y muy necesario apoyo académico y moral para concluir con este trabajo.

A mis compañeras de maestría Lindsay, Caro y Caro, por compartir su amistad y siempre estar al pendiente de mi situación académica, ayudándome cuando lo solicitaba.

A Araceli, por enseñarme el verdadero significado de la amistad.

A mis padres y hermano, por apoyarme incondicionalmente en todos los aspectos de mi vida, permitiéndome alcanzar mis metas y alentándome a siempre seguir mejorando.

A Mauro, por traer luz en momentos de oscuridad.



Riesgo suicida en una muestra de estudiantes de enfermería y salud pública: un modelo a partir del análisis multivariado

El suicidio es un problema de salud pública en México, al presentar una prevalencia que aumenta cada año. Actualmente se encuentra entre las primeras 5 causas de muerte en la población de entre 15 y 24 años. El riesgo suicida es un fenómeno multifactorial, influido por aspectos sociales, de comunidad, de relaciones e individuales. Estos factores suelen estudiarse de manera aislada, sin embargo, resulta de gran utilidad la elaboración de modelos multivariados de riesgo para intentar explicar la asociación que existe entre las diferentes variables implicadas. Aunque en la literatura se han propuesto diversos modelos, ninguno permite generalizar las causas del fenómeno; debido a la complejidad para incluir todas las variables posiblemente implicadas, así como a las particularidades de cada población. Es importante la búsqueda de modelos que intenten explicar la problemática para las diferentes poblaciones y utilizando las diferentes estrategias metodológicas, facilitando su comprensión y una intervención preventiva. Es relevante el estudio y la elaboración de un modelo de riesgo centrado en promotores de la salud, debido a la importancia de que estos profesionistas busquen para sí el estado de salud mental que intentan promover. **Objetivo.** Evaluar mediante un modelo de análisis multivariado la interacción de diversas variables que han sido asociadas al riesgo suicida, en una muestra conformada por estudiantes de enfermería y salud pública. **Material y métodos.** La población estuvo conformada por los estudiantes de enfermería y salud pública de la UMSNH. Se utilizó una batería que consta con diferentes instrumentos validados en población mexicana, para la medición de factores de riesgo. Utilizando un análisis multivariado, se elaboró un modelo que considera los factores que se han asociado en mayor medida al riesgo suicida. **Resultados.** Se aplicó la batería a 920 estudiantes de enfermería y salud pública. El análisis descriptivo confirmó la presencia de todos los factores de riesgo evaluados. La regresión lineal simple corrobora la influencia, en la población estudiada, de una cantidad importante de factores de riesgo reportados por la bibliografía existente. Siendo la Sintomatología Depresiva ($R^2=.204$; $\beta=.048$; $p=.000$), el Nivel de Depresión ($R^2=.182$; $\beta=.061$; $p=.000$), la Satisfacción de la Función Familiar ($R^2=.092$; $\beta=-.136$; $p=.000$) y el Nivel de Ansiedad ($R^2=.083$; $\beta=.038$; $p=.000$) los que presentan una mejor bondad de ajuste. Se obtuvo un modelo de riesgo. La ecuación de regresión encontrada, resultó significativa ($F(12, 903) = 33.375$, $p < .001$) con un coeficiente de correlación $R^2 = .307$. El riesgo suicida predicho en los participantes es igual a $1.110 + .188$ (QUINTO SEMESTRE) + $.254$ (SÉPTIMO SEMESTRE) + $.300$ (TURNOS) + $.575$ (HERMANOS) - $.285$ (SOSTÉN ECONÓMICO) - $.202$ (LIMITACIÓN POR SALUD FÍSICA) + $.411$ (DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD) + $.013$ (RIESGO POR CONSUMO DE TABACO) + $.449$ (CONSUMO DE SEDANTES) + $.026$ (SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA) - $.044$ (FUNCIÓN FAMILIAR) + $.027$ (NIVEL DE DEPRESIÓN). **Conclusiones.** El análisis descriptivo en la muestra conformada por estudiantes de la carrera técnica en Enfermería y la licenciatura en Salud Pública confirma la presencia de riesgo suicida y todos los factores considerados de riesgo por la literatura que fueron evaluados durante el tamizaje. El modelo obtenido resultó significativo y cuenta con una adecuada bondad de ajuste. La presente investigación aporta evidencia que apoya el planteamiento de que los factores de riesgo varían considerablemente entre las diferentes poblaciones, y que resulta de gran importancia su búsqueda e identificación, así como la elaboración de modelos que permitan comprender mejor el fenómeno dentro de las particularidades culturales, sociales, familiares e individuales de la población estudiada, con la intención de brindar una mejor atención y realizar un mejor abordaje de la problemática.

Palabras clave: Riesgo suicida, Análisis multivariado, Modelo de Riesgo, Estudiantes, Área de la salud



Suicide risk in a sample of nursing and public health students: a model from the multivariate analysis

The suicide is a public health problem in Mexico, presenting a prevalence that increases every year. It is currently among the top five causes of death in the population between 15 and 24 years. The suicide risk is a multifactorial phenomenon, influenced by social, community, relationship and individual aspects. These factors are usually studied in an isolated manner, however, it is very useful the development of multivariate risk models to try to explain the association that exist between the different variables involved. Although several models have been proposed in the literature, none can generalize the causes of the phenomenon; due to the complexity to include all variables possibly involved, as well as the particularities of each population. It is important to search for models that attempt to explain the issue for different populations and using the different methodological strategies, facilitating its compression and a preventive intervention. Is relevant the study and development of a risk model focused on health promoters, due to the importance of these professionals to seek for themselves the state of mental health that they are trying to promote.

Objective. To assess using a multivariate analysis model the interaction of different variables that have been associated with suicide risk in a sample composed of nursing and public health students. **Material and methods.** The population consisted of students of nursing and public health from UMSNH. A battery consisting of different instruments validated in Mexican population, for the measurement of risk factors was used. Using multivariate analysis, a model that considers the factors that have been associated more to the suicide risk was developed. **Results.** The battery was applied to 920 students of nursing and public health. The descriptive analysis confirmed the presence of all risk factors evaluated. The simple linear regression corroborate the influence, in the population studied, of a significant amount of risk factors reported by the available literature. As the Depressive Symptomatology ($R^2 = .204$; $\beta = .048$, $p .000$), the level of depression ($R^2 = .182$; $\beta = .061$, $p .000$), satisfaction of Family Function ($R^2 = .092$; $\beta = -.136$; $p .000$) and anxiety level ($R^2 = .083$; $\beta = .038$, $p .000$) those with a better goodness of fit. A risk model was obtained. The found regression equation was significant ($F(12, 903) = 33.375$, $p < .001$) with a correlation coefficient $R^2 = .307$. The suicide risk in participants predicted is equal to $1.110 + .188 (\text{FIFTH SEMESTER}) + .254 (\text{SEVENTH SEMESTER}) + .300 (\text{SHIFT}) + .575 (\text{BROTHERS}) - .285 (\text{FINANCIAL SUPPORT}) - .202 (\text{LIMITATION OF PHYSICAL HEALTH}) + .411 (\text{DISEASE DIAGNOSIS}) + .013 (\text{RISK FOR USE OF TOBACCO}) + .449 (\text{USE OF SEDATIVES}) + .026 (\text{DEPRESSIVE SYMPTOMS}) - .044 (\text{FAMILY FUNCTION}) + .027 (\text{LEVEL OF DEPRESSION})$. **Conclusions.** The descriptive analysis in the sample comprised students of the technical course in Nursing and Bachelor of Public Health confirms the presence of suicide risk and all factors considered of risk in the literature that were evaluated during the screening. The obtained model was significant and has adequate goodness of fit. This research provides evidence supporting the proposition that the risk factors vary considerably among different populations, and that is of great importance its search and identification, as well as the development of models that allow a better understanding of the phenomenon within the cultural, social, individual and family particularities of the study population, with the intention of providing better care, and better approach to the problem.

Keywords: Suicide Risk, Multivariate analysis, Risk Model, Students, Health Area

Abreviaturas

ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias)
B	Coeficiente de regresión poblacional (pendiente de la línea recta)
BAI	Beck Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad de Beck)
BDI	Beck Depression Inventory (Inventario de Depresión de Beck)
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos)
EIE	Escala de Impulsividad Estado
F	Prueba F de Fisher-Sendecor
IC	Intervalo de confianza
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
IRISA	Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes
OMS	Organización Mundial de la Salud
p	Probabilidad
R²	Coeficiente de correlación al cuadrado
Sig.	Significancia estadística
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud

Relación de Tablas

		Página
1	Variables sociodemográficas	29
2	Variables académicas	30
3	Variables de salud	30
4	Variables psicométricas	31
5	Variables sobre sexualidad	33
6	Análisis descriptivo: Variables sociodemográficas	36
7	Análisis descriptivo: Variables académicas	37
8	Análisis descriptivo: Variables de salud	38
9	Análisis descriptivo: Variables psicométricas	39
10	Análisis descriptivo: Variables sobre sexualidad	40
11	Variables sociodemográficas con relación al riesgo suicida	41
12	Variables académicas con relación al riesgo suicida	42
13	Variables de salud con relación al riesgo suicida	42
14	Variables psicométricas con relación al riesgo suicida	43
15	Variables de sexualidad con relación al riesgo suicida	44
16	Regresión lineal múltiple con factores de riesgo previamente identificados (puntajes)	45
17	Modelo de riesgo de suicidio usando puntajes totales de instrumentos	48
18	Regresión lineal múltiple con factores de riesgo previamente identificados (categorías)	49
19	Modelo de riesgo suicida usando clasificación de los instrumentos	52

Relación de Figuras

	Página
1 Principales factores de riesgo de suicidio. OMS (2014). Prevencción del suicidio. Un imperativo global.	4

Relación de anexos

Anexo 1 Batería aplicada durante el tamizaje de salud en la Escuela de Enfermería y Salud Pública de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo como parte del proyecto “Evaluación de la efectividad de una estrategia de intervención para depresión y riesgo suicida en universitarios” a cargo del Doctor en Psicología y Salud Quetzalcóatl Hernández Cervantes y el Doctor en Psicología Jesús Antonio Alveano Hernández, para le periodo 2014-2016.

Índice

	Página
Antecedentes	1
Planteamiento del problema	22
Justificación	25
Objetivo	26
Material y métodos	27
Resultados	36
Discusión	53
Conclusiones	62
Referencias	64
Anexos	79

Total de páginas: 180

Antecedentes

Concepto de suicidio

La palabra suicidio proviene del latín, de los términos: *Sui* (sí mismo) y *Occidere* (acto de matar), definiéndolo como la acción de matarse a sí mismo. Aunque es un fenómeno universal presente durante toda la historia (Bobes, González & Sáiz, 1997), el concepto de suicidio ha cambiado a través del tiempo debido a su complejidad. Pasó de ser considerado un acto aislado a un concepto amplio que comprende una transición conformada por cuatro etapas (Bobes, Sáiz, García-Portilla, Bascarán & Bousoño 2004; Miró, 2000):

- 1) Ideación suicida: El sujeto piensa en cometer el suicidio.
- 2) Planeación: Una fase de ambivalencia en la que el sujeto pasa de la idea a realmente considerar la acción. Suele tener una duración variable y en sujetos impulsivos ser muy breve o no existir.
- 3) Intento: Decisión con la se pasa a la acción.
- 4) Suicidio consumado.

Rich, Kirkpatrick, Bonner y Jans (1992) enfatizan que estas etapas previas al suicidio consumado pueden o no ser secuenciales.

La Organización Mundial de la Salud (2014) define al suicidio como un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal.

El suicidio a nivel mundial

Estimaciones de la OMS (2014) señalan que más de 800 mil personas mueren por suicidio cada año y muchos más intentan suicidarse. En 2012, sucedieron más de 804 mil

suicidios, representando el 1.4% del total de muertes en todo el mundo, volviéndose la décimo quinta causa de muerte ese año, una tasa de 11.4 suicidios por cada 100 mil habitantes. El suicidio es un fenómeno global que ocurre en cualquier momento de la vida; sin embargo, entre los jóvenes de 15 a 29 años se trata de la segunda causa de muerte, representa 8.5% del total de muertes en ese grupo de edad, con una tasa de 13.5 suicidios por cada 100 mil jóvenes (OMS, 2014a).

El suicidio en México

En 2013 se registraron 5909 suicidios en México, representando el 1% de las muertes registradas, colocándose como la décima cuarta causa de muerte a nivel nacional, con una tasa de cerca de cinco por cada 100 mil habitantes. Presentado entre el año 2000 a 2013 una tendencia creciente, que pasó de 3.5 a 4.9 suicidios por cada 100 mil habitantes. Existen diferencias por sexo claras y constantes a través del tiempo; en 2013 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 8.1 por cada 100 mil hombres y 1.7 por cada 100 mil mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2013).

Según el Sistema Nacional de Información en Salud (2008), el suicidio era la 16ª causa de muerte a nivel general, con un total de 4,681 casos, una tasa de 4.4 por cada 100,000 habitantes y representando un 0.9% del total de las muertes registradas entre 2000 y 2008; En Michoacán, representaba la 8ª causa de muerte en personas en edad productiva (15 a 64 años), con una tasa de 7.0 por cada 100,000 habitantes.

En un estudio realizado por Pérez-Amezcu et al. (2010), con 12 424 adolescentes mexicanos de educación media superior, se encontró que Michoacán tenía la mayor prevalencia de ideación suicida, presente en el 56% de los estudiantes encuestados, en relación con los otros estados de la República Mexicana que participaron en el estudio.

Factores de riesgo suicida

El sociólogo Émile Durkheim (1897) consideraba al suicidio como uno de los problemas fundamentales de la cultura occidental, cuyas implicaciones iban más allá de lo moral y mostraban condiciones psicopatológicas y sociales, es decir, que el suicidio estaba relacionado con la dinámica comunitaria y sus efectos en la psique individual.

Y aunque el suicidio siempre ha sido un tema abordado por la ciencia, hasta los años 1950 todavía se pensaba que sólo los enfermos mentales se quitaban la vida; que no era un fenómeno que se presentara entre personas que no tuvieran claro signos de psicopatología o trastorno mental (Chávez-Hernández & Leenaars, 2010).

Edwin S. Shneidman, considerado el padre la suicidología moderna por ser pionero en el campo de la prevención y atención del suicidio, aportó la entonces innovadora visión occidental del fenómeno que se mantiene hasta la actualidad. En sus primeros trabajos como suicidólogo, contradió creencias ampliamente difundidas, incluyendo la idea que se tenía acerca de que solo enfermos mentales se quitaban la vida (Shneidman, 1996). Creía que más que una enfermedad mental, era un fuerte dolor psicológico el detonante del comportamiento suicida; que era debido a un malestar pluridimensional en el que el individuo percibía al suicidio como la mejor solución. Y que la causa no se encontraba únicamente en un aspecto psicológico o bioquímico, sino en la interacción de estos y otros factores (Shneidman, 1985).

Se ha realizado una cantidad importante de estudios considerando al suicidio como un fenómeno pluridimensional. En estos trabajos existe una gran diversidad de variables a las que se les ha encontrado relación con el proceso suicida (Mann, Oquendo, Underwood & Arango, 1999; Mann, Waternaux, Haas & Malone, 1999; Quin *et al*, 2000; Fergusson, Woodward & Horwood, 2000; Quin, Agerbo & Mortensen, 2003; González-Forteza, Ramos-Lira, Caballero-Gutiérrez & Wagner, 2003; Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Gutiérrez-

García, Contreras & Orozco, 2006; Vázquez-Vega *et al*, 2015). En este sentido, la OMS (2014) ha agrupado en cinco áreas los factores de riesgo suicida mayormente reportados:

Área	Factores de riesgo
Sistemas de salud	• Barreras para obtener acceso a la atención de salud.
Sociedad	• Acceso a medios utilizables para suicidarse. • Notificación inapropiada por los medios de comunicación. • Estigma asociado con comportamientos de búsqueda de ayuda.
Comunidad	• Desastres, guerras y conflictos. • Estrés por desplazamientos y aculturación. • Discriminación. • Trauma o abuso.
Relaciones	• Sentido de aislamiento y falta de apoyo social • Conflictos en las relaciones, disputas o pérdidas.
Individuo	• Intento de suicidio anterior. • Trastornos mentales. • Consumo nocivo de alcohol. • Pérdida de trabajo o financiera. • Desesperanza. • Dolor crónico. • Antecedentes familiares de suicidio. • Factores genéticos y biológicos.

Figura 1. Principales factores de riesgo de suicidio. OMS (2014). Prevención del suicidio. Un imperativo global.

Sistemas de salud.

Barreras para obtener acceso a la atención de salud.

El riesgo de suicidio aumenta de manera significativa con la comorbilidad, por lo que debe tratarse de manera oportuna y eficaz. Sin embargo, en muchos países el acceso a los sistemas de salud para estas situaciones es complejo y/o con recursos muy limitados, dificultando el acceso a la atención y aumentando el riesgo de suicidio (OMS, 2014).

Factores sociales.

Acceso a medios utilizables para suicidarse.

El acceso a medios para quitarse la vida es un factor determinante en el proceso para llegar al suicidio consumado (Organización Panamericana de la Salud, 2013). Estudios de casos y controles han demostrado de manera consistente la relación entre la presencia de armas de fuego dentro del hogar con el suicidio consumado; los hogares que cuentan con una, presentan un riesgo más elevado en comparación con las que no (Wiebe, 2003; Shah, Hoffman, Wake & Marine, 2000). La disponibilidad de drogas potencialmente letales también puede incrementar el riesgo de intento de suicidio y el suicidio consumado (Brent, 1987). Los métodos utilizados para consumir el acto varían de acuerdo a la zona geográfica, potenciando o limitando su uso en función de su disponibilidad y aceptabilidad (Marzuk *et al*, 1992). No suele haber una diferencia significativa entre los métodos utilizados de acuerdo al sexo (OMS, 2014). En México, el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación se ubica como el principal método utilizado por la población que comete suicidio, con un 77.3% de los casos (INEGI, 2013).

Notificación inapropiada por los medios de comunicación.

La forma en que los medios de comunicación retratan el fenómeno puede influir de manera importante en el aumento de riesgo de suicidio por imitación en personas vulnerables. Ya sea porque muestran métodos, cubren suicidios de celebridades o tratan estas conductas como normales o aceptables en respuesta ante la adversidad. Se ha demostrado que la exposición a modelos de suicidio aumenta el riesgo en personas vulnerables (OMS, 2014; Niederkrotenthaler *et al*, 2012; Gould, 2001). Sumado a esto, tenemos el uso de internet; donde se pueden encontrar páginas o redes sociales que incitan y/o facilitan comportamientos suicidas (Daine *et al*, 2012).

Estigma asociado con comportamientos de búsqueda de ayuda.

En muchas sociedades aún existe una estigmatización en relación a la búsqueda de ayuda por comportamientos suicidas, problemas mentales, de adicciones u otros problemas emocionales; impidiendo que las personas reciban la ayuda que necesitan (OMS, 2014).

Comunidad.

Desastres, guerras o conflictos.

El estudio sociológico del suicidio ha demostrado que las tasas varían de acuerdo a factores como la guerra o el desempleo, siendo factores que influyen en el malestar pluridimensional que detona en el comportamiento suicida (Sheidman, 1985). Los desastres naturales, guerras y conflictos civiles repercuten en el bienestar social, de salud, de vivienda, de trabajo y de seguridad financiera (OMS, 2014).

Estrés por desplazamientos y aculturación.

Algunos grupos vulnerables como lo son los pueblos indígenas, buscadores de asilo, personas desplazadas de su país o migrantes recién llegados, sufren de estrés que representa un riesgo de suicidio significativo (OMS, 2014). Una transición cultural rápida puede contribuir a incrementar las tasas de suicidios. La pérdida de prácticas culturales tradicionales puede generar conflicto y hacer sentir inestable a la persona que lo vive (Bridge et al, 2006).

Se han realizado una gran cantidad de estudios referentes al impacto en el riesgo suicida que tiene el pertenecer a un grupo étnico distinto al que se presenta en la mayoría de las personas que rodean al individuo, así como la efecto de mudarse a un país donde existan diferencias culturales importantes. La mayoría de los estudios de este tipo son originarios de Estados Unidos de América, donde su amplia diversidad étnica y su gran afluencia de inmigrantes facilitan su realización. Aunque en diferentes magnitudes, estas investigaciones sugieren que la pertenencia a grupos étnicos que representen una minoría, como lo pueden ser: nativos americanos, latinoamericanos, afroamericanos o asiáticos; presentan una elevación en aspectos como la ideación o el intento suicida, especialmente en jóvenes (Chu, Goldblum, Floyd & Bongar, 2011; Langhinrichsen-Rohling, 2009; Pinhey y Millman, 2004; Blum et al, 2000; Gutiérrez, Rodríguez & García, 2001; Borosky, Resnick, Ireland & Blum, 1999). Hablando específicamente de población mexicana que reside en Estados Unidos, se han reportado tasas más altas de ideación suicida en relación a sus contrapartes caucásicas (Hovey y King, 1997; Roberts & Chen, 1995).

En el caso de México la situación no es tan clara respecto a la influencia de pertenecer o no a un grupo étnico sobre el riesgo de suicidio; sin embargo, aunque no se ha investigado lo suficiente este aspecto, Borges *et al* (2009) encontraron que las personas que reportaron el uso de una lengua indígena tenían prevalencias menores de ideación, planeación e intento suicida.

Discriminación.

Ser víctima de la discriminación puede provocar acontecimientos vitales estresantes, pérdida de la libertad, rechazo, estigmatización y violencia; situaciones que pueden contribuir a la presencia de comportamientos suicidas. Se ha encontrado relación entre discriminación y suicidio en temáticas como: situación de cárcel, orientación sexual diferente a la heterosexual, intimidación o victimización escolar y migración (OMS, 2014). Para fines de la presente investigación, adicionalmente al aspecto de migración tratado anteriormente, basta hacer mención de estos otros dos factores:

Orientación sexual. Múltiples estudios han encontrado relación entre la orientación sexual y el riesgo de suicidio. Reportando asociación entre la homosexualidad/bisexualidad y la ideación e intento suicida, especialmente en el caso de los hombres (Chu *et al*, 2010; Pinhey & Millman, 2004; Jorm *et al*, 2002; Russell & Joyner, 2001; Garofalo *et al*, 1999; Remafedi *et al*, 1998). Chun *et al* (2010) mencionan que este factor puede tener mayor o menor impacto dependiendo la presencia de otros, como el apoyo familiar y social.

Victimización escolar. Es en el ambiente escolar donde los jóvenes pasan inmersos gran cantidad de su tiempo, debido a esto, se han estudiado factores como el ajuste y la falta de reconocimiento escolar; encontrando una relación entre estos y la ideación suicida (Pérez *et al*, 2010; Sánchez-Sosa, 2009; Stanley *et al*, 2016). Sánchez-Sosa *et al* (2010) también encontraron evidencia de la victimización escolar como un factor predictivo.

Traumas o abuso.

Los traumas psicológicos y el abuso aumentan el estrés emocional y pueden causar depresión y comportamientos suicidas en personas vulnerables. Los traumas pueden ser

originados por situaciones familiares, laborales, legales, financieras, académicas o de intimidación. Además, experimentar adversidad familiar o durante la niñez aumenta en gran medida el riesgo de suicidio (OMS, 2014).

Adversidad durante la niñez: maltrato y abandono. El maltrato en menores comprende agresiones físicas, sexuales y psicológicas, además del abandono. Aunque existen pocos datos fiables sobre el maltrato infantil no mortal, estudios realizados en diferentes países indican que los menores de 15 años sufren a menudo malos tratos y abandono que requieren de atención médica e intervención de servicios sociales. En relación al abuso sexual, tampoco se conoce el número exacto de víctimas, pero las investigaciones indican que aproximadamente 20% de las mujeres y entre el 5% y el 10% de los hombres los han sufrido durante la infancia. La edad y el sexo tienen un papel importante en la victimización, generalmente los niños pequeños suelen recibir maltratos físicos, mientras que la tasa de abusos sexuales aumenta durante la pubertad y la adolescencia. El sexo también marca una diferencia en este sentido, siendo los niños quienes reciben más maltrato físico, mientras que las niñas sufren en mayor medida de infanticidio, abuso sexual, abandono y prostitución. Se han asociado a estas problemáticas factores como: ser educado por un solo progenitor, padres muy jóvenes, la falta de respaldo de una familiar extensa, hacinamiento en el hogar o la existencia de otras relaciones violentas (OPS, 2002).

Se ha encontrado una fuerte relación entre el abuso físico y sexual tanto con el intento de suicidio, como con el suicidio consumado (Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Molnar, Berkman & Buka, 2001; Fergusson, Horwood & Lynskey, 1996). Los hombres que han sufrido abuso sexual se suicidan más, mientras que las mujeres lo intentan en mayor medida (González-Forteza, Ramos-Lira, Vignau-Brambila & Ramírez-Villareal, 2001). Grilo *et al* (1999) encontraron que factores de riesgo suicida tanto internos como externos, se potencian

cuando se presenta una situación de abuso durante la infancia. Estudios realizados en México en estudiantes universitarios mexicanos mostraron que el abuso sexual, la violencia verbal y la violencia física se asocia con conductas suicidas (Espinoza-Gómez *et al*, 2010; Pérez-Amezcuca *et al*, 2010).

Violencia en los jóvenes. La violencia presentada entre los 10 y 29 años puede incluir diferentes tipos de agresiones como: intimidación, peleas e incluso homicidio. Las tasas más elevadas de homicidio juvenil se registran en África y América Latina. Países en desarrollo presentan una tasa de homicidios por violencia superiores a 10 por cada 100 000 decesos registrados, esto posiblemente provocado por la agitación del cambio social y económico. Se estima que por cada joven muerto a causa de violencia, entre 20 y 40 sufren lesiones que requieren tratamiento hospitalario. Aunque existen casos de personas cuya agresividad se originan en la infancia y persiste hasta la edad adulta derivando en conductas más agresivas conforme pasa el tiempo; la mayoría de los jóvenes tienen un comportamiento violento por periodos más limitado, especialmente durante la adolescencia, donde comúnmente esta forma de actuar está relacionada con la búsqueda de emociones (OPS, 2002).

Adversidad familiar. Los casos de violencia y abuso dentro del ámbito familiar son factores importantes en la presencia de comportamientos suicidas en personas vulnerables. Además de estos, es importante considerar un par de aspectos que dependiendo de las circunstancias podrían también ser considerados por el individuo como situaciones adversas que de igual manera contribuirían al riesgo de suicidio o, por el contrario, fungir como factores protectores: la estructura y la función familiar.

En cuanto a la estructura familiar, estudios sugieren que en el caso de los jóvenes, el contar con padres divorciados o separados podría significar un factor de riesgo (Blum *et al*,

2000; Fergusson *et al*, 2000). En el caso de los adultos, considerando al estado civil como otro referente la estructura familiar, se ha reportado que el ser soltero, divorciado o viudo; podría representar un factor de riesgo (Borges *et al*, 2009; Schmidtke *et al*, 1996).

Por otra parte, el funcionamiento familiar, que se define como la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (Huerta-Martínez, Valadés-Rivas & Sánchez-Escobar, 2001) también se ha asociado con el riesgo suicida, principalmente cuando se tiene una comunicación deficiente con los padres o tutores (Pérez-Amezcuca *et al*, 2010; Sánchez-Sosa *et al*, 2010; Van Renen & Wild, 2008; González-Forteza *et al*, 2003). Un estudio realizado con estudiantes mexicanos, concluyó que aquellos que presentaron un bajo apoyo familiar tenían un 69% más de probabilidad de presentar ideación suicida (Pérez *et al*, 2010).

Relaciones.

Sentido de asilamiento y falta de apoyo social.

El asilamiento ocurre cuando una persona se siente desconectada de su círculo social más próximo, a menudo se acompaña de depresión y sentimientos de soledad y desesperación. Esta situación se puede presentar cuando aparece un evento vital negativo u otro estrés psicológico y no consigue compartir su sentir con alguien cercano (OMS, 2014).

Conflictos en la relaciones, disputas o pérdidas.

Las separaciones, las disputas por las custodias de los hijos o la muerte de una pareja pueden causar aflicción y estrés psicológico asociado al riesgo suicida (OMS, 2014). Como se mencionó anteriormente, existen reportes de que ser divorciado o viudo; podría representar un factor de riesgo (Borges *et al*, 2009; Schmidtke *et al*, 1996). En México en 2013, el 49%

de las personas que cometieron suicidio se encontraban en unión conyugal, ya sea casados o en unión libre; siguiéndole en importancia los que estaban solteros, con un 39.8% (INEGI, 2013).

Violencia contra la pareja. Otro problema importante en la relaciones y que podría asociarse al intento y al riesgo de suicidio es la violencia en la pareja (OMS, 2014). Este tipo de violencia se presenta en todos los países, sin embargo es más común en grupos que cuentan con ingresos bajos. Aunque tanto mujeres como hombres pueden ser violentados por su pareja, la proporción de mujeres violentadas por hombres es mucho mayor. Encuestas mundiales arrojan que entre el 10% y 69% de la mujeres indicaron haber sido objeto de agresiones físicas por parte de su pareja masculina. La mayoría de las víctimas se ven afectadas por múltiples actos violentos por un periodo prolongado (OPS, 2002).

Factores individuales de riesgo.

Intento de suicidio anterior.

Se estima que el porcentaje de intentados suicidas se encuentra en un rango de entre 1.3-3.8% en hombres y 1.5-10.2% en mujeres, presentándose las tasas más altas durante la adolescencia tardía (Bridge, Goldstein & Brent, 2006). Las conductas suicidas tienden a ser recurrentes. En su estudio, Goldston *et al* (1999) estimaron que el riesgo de repetición de conductas suicidad fue del 10% a los 6 meses de seguimiento después del primer atentado, y hasta 42% a los 21 meses de seguimiento; con una media recurrente de entre 5-15% por año. Harris y Barraclough (1997), encontraron que las personas con intentos previos tienen 40 veces más riesgo de suicidio que la población general. Soukas *et al* (2001) reportaron que el

82% de los sujetos observados que habían realizado intentos previos y que finalmente consumaron el suicidio, cambiaron su método a otro más letal.

Trastornos mentales.

En los países de ingresos altos hasta el 90% de las personas que se suicidan cuentan con trastornos mentales, y el 10% restante, aunque no tienen un diagnóstico establecido, presentan algunos síntomas psiquiátricos semejantes (OMS, 2014, Qin, Agerbo & Mortensen, 2003). Se han asociado diferentes trastornos mentales al riesgo de suicidio; sin embargo, los atentados y suicidios consumados comúnmente derivan de una comorbilidad psiquiátrica significativa (Fergusson, Woodward & Horwood, 2000; Brent et al, 1999; Gould et al, 1998; Shaffer et al, 1996).

Trastornos afectivos. El trastorno afectivo que más se relaciona con el suicidio es el trastorno depresivo mayor (Angst, Angst & Stassen, 1999; Birmaher *et al*, 1996; Harris y Barraclough, 1999), especialmente al comienzo o al final de este, debido a que en la fase estado el retardo psicomotor y la inhibición limitan el paso a la acción (Miró, 2000). Según Harris y Barraclough (1999), la depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo de suicidio, el trastorno bipolar 15 y la distimia 12.

Trastorno de ansiedad. Casi el 20% de pacientes con un trastorno de ansiedad tienen intentos de suicidio. Además, la ansiedad se asocia con depresión, como es usual que ocurra, aumenta el riesgo de suicidio consumado (Hallfors *et al*, 2004; Khan et al, 2002; Kaplan, 1999). Algunos estudios consideran que la ansiedad aumenta entre 6 y 10 veces el riesgo de suicidio, aunque parece no ser un dato constante (Harris y Barraclough, 1999).

Trastornos de personalidad. Kaplan & Sadock (1999) hacen referencia a la importancia que tienen los trastornos de personalidad en la conducta suicida. Refieren que puede predisponer a trastornos mentales mayores, a problemas en las relaciones sociales, a precipitar situaciones vitales negativas o a deteriorar la capacidad de afrontar otras condiciones físicas o mentales.

La mayoría de los pacientes con trastornos de la personalidad que se suicidan cuentan con trastornos del eje I, principalmente depresión y abuso de sustancias; y especialmente en trastornos de personalidad tipo B, como: border-line, antisocial, narcisista o histriónica (Isometsä et al, 1996).

Trastornos adaptativos. Este tipo de trastornos presentan síntomas emocionales o conductuales clínicamente significativos que aparecen en respuesta a factores psicosociales estresantes para el individuo (etapas de la vida; problemas laborales, sociales, familiares o de salud). Su implicación en el riesgo suicida es compleja y depende de su intensidad, duración y contexto personal (Kaplan & Sadock, 1999).

Esquizofrenia. Se han reportado tasas de suicidio de un 10% en presencia de este trastorno (Kaplan & Sadock, 1999). Y se le atribuye un aumento en el riesgo de suicidio de 8.5 veces, en comparación con la población general (Harris y Barraclough, 1999).

Consumo nocivo de alcohol y otras sustancias.

Todos los trastornos derivados del consumo de sustancias aumentan el riesgo de suicidio, acompañan entre un 25% y 50% de los suicidios consumados. De manera general, un 22% de los suicidios puede atribuirse al consumo de alcohol (OMS, 2014). El riesgo aumenta si además del consumo de sustancias, se cuenta con un trastorno psiquiátrico

(Fergusson, Woodward & Horwood, 2000; Brent et al, 1999; Gould et al, 1998; Shaffer et al, 1996). Además del alcohol, otras sustancias como el cannabis, la heroína o la nicotina aumentan el riesgo (OMS, 2014). Borges *et al* (2000), consideraron que más que el tipo de sustancias consumidas, es el número de ellas lo que incrementa el riesgo de suicidio.

Consumo de alcohol. El alcohol es la droga de la que se ha reportado en mayor medida asociación con el suicidio, tanto como factor de riesgo como precipitante de conductas suicidas (Borges, Walters & Kesser, 2000; Hallfors *et al*, 2004; Pérez-Amezcuca *et al*, 2010). Hasta un 15% de personas con problemas de alcoholismo se suicidan. Es un factor importante en el estudio del suicidio debido a que el consumo de alcohol se asocia a otros factores considerados de riesgo, como lo son: enfermedades médicas, trastornos afectivos, trastornos de personalidad, intentos previos e impulsividad (Kaplan & Sadock, 1999).

Consumo de otras sustancias. Aunque el alcohol es la sustancia más estudiada en relación al suicidio (OMS, 2014), también se ha encontrado asociación entre la conducta suicida y consumo de tabaco, cannabis, sedantes, estimulantes y opioides. Aunque cada una de estas sustancias cuentan con sus efectos particulares sobre el organismo, cualquiera de ellas en una situación de abuso puede provocar situaciones médicas, problemas sociales, malestar asociado al síndrome de abstinencia y otras conductas impulsivas o de riesgo. Es importante hacer énfasis en que los estudios sugieren que el riesgo es más elevado cuando se abusa de más de una sustancia a la vez, así como cuando existe comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (Borges, Walters & Kesser, 2000). Pérez-Amezcuca *et al* (2010), realizaron un estudio en adolescentes mexicanos de educación media superior, donde encontraron como factores asociados a la ideación e intento suicida el consumo de tabaco y alcohol. En otro estudio realizado en México por Ocampo, Bojorquez y Cortés (2009), se

observo que a medida que aumentaba el número de sustancias consumidas, también se elevaba la posibilidad de fallecer por suicidio, en comparación con los decesos por otras causas.

Pérdidas de trabajo o financieras.

Se ha reportado la adversidad socioeconómica como factor de riesgo para la presencia de conductas suicidas (Fergusson, Woodward & Horwood, 2000). La incertidumbre financiera aumentan el riesgo de suicidio por comorbilidad con otros factores de riesgo como depresión, ansiedad, violencia o consumo excesivo del alcohol (OMS, 2014). Y aunque esta es una variable comúnmente reportada, Congdon (2012) además concluye que es un factor que varía considerablemente dependiendo del contexto geográfico. El INEGI reportó que en 2013 un 29.9% de la población que cometió suicidio no trabajaba, aunque esta característica varía entre hombres y mujeres. El 67.1% de las mujeres que murieron por esta causa no trabajaban; mientras que un 73.3% de los hombres que cometieron suicidio sí lo hacían.

Desesperanza.

La desesperanza se relaciona con los sentimientos del individuo acerca del futuro y la pérdida de motivación y expectativas. En ausencia de esperanza, el suicidio podría resultar una solución viable en personas vulnerables (Berman y Jobes, 1994). Estudios reportan un mayor nivel de desesperanza en personas que han realizado intentos suicidas en comparación de aquellos que no (Morano *et al*, 1993). Se utiliza como un indicador de riesgo de suicidio si se asocia con algún trastorno mental o intentos previos (OMS, 2014, Stoelb & Chiriboga, 1998).

Dolor crónico y enfermedades.

Se ha reportado una relación significativa entre el suicidio y las enfermedades (Kaplan y Sadock, 1999; Harris y Barraclough, 1997). Las enfermedades acompañadas por dolor, discapacidad física, deficiencia del desarrollo nervioso y angustia aumentan el riesgo de suicidio. Quienes padecen dolores crónicos registran de 2 a 3 veces más comportamientos suicidas que el resto de la población (OMS, 2014).

Antecedentes familiares de suicidio.

Contar con un historial familiar de suicidio consumado, al igual que un trastorno psiquiátrico, incrementan el riesgo de suicidio de manera independiente y significativa (Qin, Agerbo & Mortensen, 2002; Roy *et al*, 1999).

La pérdida de un familiar o miembro de la comunidad por suicidio puede ejercer una influencia particularmente perturbadora sobre la vida de una persona, porque además de la aflicción, puede causar culpa, estrés, vergüenza, ira, ansiedad, angustia a los familiares y seres cercanos. Además de afectar la dinámica familiar, la búsqueda de ayuda y el apoyo recibido por los demás (OMS, 2014).

Factores genéticos y biológicos.

Existe evidencia proveniente de estudios realizados con gemelos, de que existe un factor, probablemente genético, que se transmite entre familiares, independientemente de la presencia de un trastorno psiquiátrico (Brent y Mann, 2005).

Alteraciones genéticas o del desarrollo de varios sistemas neurobiológicos se han asociado al comportamiento suicida; como: bajos niveles de serotonina con graves intentos de suicidio en pacientes con trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia y trastornos de personalidad (Mann y Currier, 2010).

De igual manera, se han relacionado las conductas suicidas con la disfunción del sistema serotoninérgico central independiente del diagnóstico psiquiátrico. Se han encontrado niveles bajos de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes que cometieron suicidio. Además de que se ha establecido una relación directa entre los niveles bajos de serotonina con el escaso control de impulsos, la violencia y la letalidad del acto suicida (Mann *et al*, 1999; Mann *et al*, 1999a; Roy *et al*, 1999).

Estudiar carreras del área de la salud.

Diversas investigaciones han mostrado que los estudiantes de áreas de la salud como medicina, enfermería y psicología cuentan con un riesgo de suicidio adicional al resto de la población. Esto debido a los factores implicados en la práctica de su profesión como son: cargas importantes de estrés derivado de aspectos académicos, exposición a situaciones con un gran impacto emocional y jornadas laborales extensas (Fan *et al.*, 2012; González *et al.*, 2005; Frank *et al.*, 2006). Además, se ha reportado que los estudiantes de área de la salud también cuentan con un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos, los cuales se han asociado en gran medida al suicidio (Goeberth, *et al.*, 2009; Baldassin *et al*, 2008).

Factores protectores del riesgo de suicidio

Además de las intervenciones enfocadas en la prevención del suicidio, existen factores que por sí mismos han demostrado reducir el riesgo, aumentando la capacidad de recuperación y conexión y protegiendo contra las conductas suicidas (OMS, 2014).

Relaciones personales sólidas.

El cultivo y el mantenimiento de relaciones estrechas sanas puede aumentar la capacidad de recuperación individual y actuar como factor protector del riesgo de suicidio. El

círculo social más cercano de una persona tiene gran influencia y puede ser propicio en momentos de crisis. Pueden ser una fuente significativa de apoyo social, emocional y financiero, que pueden amortiguar factores externos estresantes. Las relaciones son especialmente protectores en adolescentes y personas de la tercera edad, que comúnmente se consideran como poblaciones vulnerables debido a su alto grado de dependencia (OMS, 2014).

Creencias religiosas o espirituales.

La fe podría considerarse en sí misma como un factor protector debido a que generalmente proporciona un sistema estructurado de creencias y promueve comportamientos que pueden ser beneficiosos, además de permitir el acceso a una comunidad cohesiva y de valores compartidos (Wasserman & Wasserman, 2009). Sin embargo, en ciertas ocasiones también puede contribuir al estigma relacionado con el suicidio debido a posturas morales que desalientan la búsqueda de ayuda (OMS, 2014).

Estrategias prácticas positivas de afrontamiento y bienestar como modo de vida.

La estabilidad emocional, el optimismo y una identidad personal pueden ayudar a enfrentar dificultades de la vida. Aquellas personas que no tienen acceso a una ayuda temprana, pueden agravar sus problemas de salud mental, aumentando el riesgo de suicidio. Algunos ejemplos de modos de vida saludables que promueven el bienestar mental y físico son: ejercicios físicos frecuentes y deportes, alimentación y sueño adecuados, la consideración de la repercusión del alcohol y las drogas sobre la salud, relaciones y contacto social sanos y un manejo eficaz del estrés (Davidson, Babson, Bonn & Souter, 2013; OMS, 2014; Sarchiapone et al, 2013).

Análisis estadístico multivariado

Las técnicas de análisis multivariado han adquirido gran popularidad para estudiar bases de datos complejas. Este tipo de procedimientos son especialmente útiles cuando en un estudio se cuenta con más de una variable independiente y/o diversas variables dependientes, todas correlacionadas en diferentes niveles. Estas técnicas cuentan con un nivel de dificultad mayor que el análisis univariado, debido a la cantidad de variables involucradas y a las implicaciones conceptuales de éstas dentro de una estructura compleja; surgen debido a la necesidad contemporánea de investigación detallada, siendo cada vez más utilizadas, sobre todo, en la investigación dentro del área de la psicología (Tabachnick, 2007).

Análisis multivariado y el Riesgo Suicida.

Actualmente, la mayoría de los estudios realizados a cerca del suicidio se centran en alguno de sus componentes, principalmente en la ideación o el intento (Choi, Yu & Kim, 2015; Sánchez-Sosa et al., 2010), y en menor medida en el constructo de riesgo suicida (Chioqueta & Stiles, 2007; Ramey et al., 2010; Stoelb & Chiriboga, 1998; Kral & Sakinofsky, 1994; Metha et al., 1998). Se han dado diferentes enfoques y utilizado distintas variables en las investigaciones de suicidio al hacer uso del análisis multivariado, como lo es: diferentes poblaciones del mundo con sus particularidades culturales (Ishii et al., 2013; Wan & Leung, 2010; Langhinrichsen-Rohling, Friend & Powell, 2009; Kim & Kim, 2007; Tracey, Roberts & Buzdugan, 2008); en la adolescencia, debido a que resulta una etapa de la vida que conlleva una serie importante de cambios, generando un gran impacto a nivel familiar, social, comunitario e individual (Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Baláz et al., 2013; Kim & Kim, 2007; Fergusson, Woodward & Horwood, 2000; Metha et al., 1998; Hallfors, 2004); en ambientes escolares, que es donde pasan gran parte de su tiempo los jóvenes (Konick & Gutierrez, 2005; Toro et al., 2006); además, se le ha dado mucho peso a la investigación en

poblaciones vulnerables y a las minorías, por el riesgo que implican el simple hecho de pertenecer a ellas (Patterson & Holden, 2012; Chu et al., 2010).

Planteamiento del problema

El suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial, la OMS (2014) señalan que más de 800 mil personas mueren por suicidio cada año y muchos más intentan suicidarse. En 2012, sucedieron más de 804 mil suicidios, representando el 1.4% del total de muertes en todo el mundo, volviéndose la décimo quinta causa de muerte ese año, una tasa de 11.4 suicidios por cada 100 mil habitantes.

En 2013 ocurrieron 5909 suicidios en México, representando el 1% de las muertes registradas, colocándose como la 14ª causa de muerte a nivel nacional, con una tasa de cerca de 5 por cada 100,000 habitantes. Presentado entre el año 2000 a 2013 una tendencia creciente, que pasó de 3.5 a 4.9 suicidios por cada 100 mil habitantes. Existen diferencias por sexo claras y constantes a través del tiempo; en 2013 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 8.1 por cada 100 mil hombres y 1.7 por cada 100 mil mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2013).

Según el Sistema Nacional de Información en Salud (2008), el suicidio era la 16ª causa de muerte a nivel general, con un total de 4,681 casos, una tasa de 4.4 por cada 100,000 habitantes y representando un 0.9% del total de las muertes registradas entre 2000 y 2008; En Michoacán, representaba la 8ª causa de muerte en personas en edad productiva (15 a 64 años), con una tasa de 7.0 por cada 100,000 habitantes.

El suicidio es un fenómeno global que ocurre en cualquier momento de la vida; sin embargo, entre los jóvenes de 15 a 29 años se trata de la segunda causa de muerte, representa

8.5% del total de muertes en ese grupo de edad, con una tasa de 13.5 suicidios por cada 100 mil jóvenes (OMS, 2014a).

En un estudio realizado con 12 424 adolescentes mexicanos de educación media superior encontró que Michoacán tenía la mayor prevalencia de ideación suicida, presente en el 56% de los estudiantes encuestados, en relación con los otros estados de la República Mexicana que participaron en el estudio (Pérez-Amezcu et al., 2010).

El suicidio es un fenómeno complejo con algunos elementos bien delimitados que lo conforman: la ideación, la planeación, el intento y la consumación del suicidio (Bobes, Sáiz, García-Portilla, Bascarán & Bousoño 2004; Miró, 2000). Sin embargo, aunque estos componentes son la estructura misma del proceso, existe una gran cantidad de factores adicionales, tanto ambientales como internos, que pueden conducir al individuo hacia uno o varios de estos componentes del fenómeno, es decir, que lo coloquen en “riesgo de suicidio”. Muchos de estos factores varían de manera considerable dependiendo de las poblaciones estudiadas y sus particularidades históricas y culturales (Shneidman, 1985).

La mayoría de las investigaciones realizadas sobre suicidio se centran en los factores que se relacionan con alguna de sus etapas: ideación, planeación, intento o suicidio consumado; y muy pocas estudian el fenómeno completo utilizando el constructo de riesgo suicida (Vázquez-Vega et al., 2015).

Adicionalmente a que las investigaciones tengan un enfoque más hacia componentes como la ideación o el intento, existe otro problema: la forma en que se analizan los factores asociados. Comúnmente los estudios sobre suicidios evalúan uno o pocos factores de riesgo a la

vez, lo que podría representar un sesgo importante debido a la complejidad del fenómeno y a la gran cantidad de variables posiblemente involucradas y no consideradas (Vázquez-Vega et al., 2015). Siendo más apropiado, en este tipo de investigaciones, la utilización del análisis multivariado y la elaboración de modelos que permitan exponer de una manera más clara y completa el fenómeno para su mejor entendimiento y abordaje (Tabachnick, 2007).

Aunque de manera general la diversidad de factores de riesgo es muy amplia, existen poblaciones cuyas características propias contribuyen a la presencia de riesgo suicida, como es el caso de los estudiantes del área de la salud. Diversas investigaciones han mostrado que estos estudiantes cuentan con un riesgo de suicidio adicional al resto de la población. Esto debido a los factores implicados en la práctica de su profesión como son: cargas importantes de estrés derivado de aspectos académicos, exposición a situaciones con un gran impacto emocional y jornadas laborales extensas (Fan et al., 2012; González et al., 2005; Frank et al., 2006). Además, se ha reportado que los estudiantes de área de la salud también cuentan con un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos, los cuales se han asociado en gran medida al suicidio (Goeberth, et al., 2009; Baldassin et al, 2008). La mayoría de estos estudios se han realizado en estudiantes de medicina, resultando de gran importancia indagar más acerca del impacto en otros promotores de la salud con características similares, como lo son los estudiantes de enfermería y salud pública.

Justificación

No existe un modelo de riesgo suicida que explique completamente el fenómeno y permita generalizar. Debido, principalmente, a la dificultad para incluir en el estudio todas las variables que pudieran estar involucradas, así como a las particularidades culturales, sociales, familiares e individuales de la población estudiada. La mayoría de los estudios acerca de suicidio se enfocan en la ideación, planeación intento o suicidio consumado, pero son pocos los que se centran en el riesgo suicida como un constructo, es decir, como un fenómeno complejo que incluye todos estos elementos.

Resulta de gran importancia la búsqueda constante de modelos que intenten explicar la problemática para las diferentes poblaciones y utilizando las diferentes estrategias metodológicas, permitiendo una mejor comprensión y abordaje del fenómeno. Es relevante el estudio y la elaboración de un modelo de riesgo centrado en promotores de la salud, debido a la importancia de que estos profesionistas procuren para sí el estado de salud mental que buscan promover.

La identificación de factores y el conocimiento de su interacción para la aparición de riesgo, puede resultar especialmente útil para el abordaje preventivo de la problemática en esta población y en poblaciones con características similares.

Objetivos

Objetivo general

Elaborar un modelo estadístico multivariado de riesgo suicida en estudiantes de enfermería y salud pública, que nos permita conocer los factores de riesgo que afectan en mayor medida a esta población.

Objetivos específicos

1. Conocer la prevalencia de riesgo suicida y de los diferentes factores considerados de riesgo en la muestra de estudiantes promotores de la salud.
2. Elaboración de un modelo de riesgo basado en investigaciones previas, así como en el análisis estadístico multivariado en esta muestra.
3. Identificación de los factores de riesgo con mayor influencia sobre la presencia de riesgo suicida en esta población.

Material y métodos

Tipo de estudio

Epidemiológico, transversal, analítico y observacional.

Universo o población

Esta investigación se llevó a cabo con estudiantes de la Carrera Técnica en Enfermería y de la Licenciatura en Salud Pública de la Escuela de Enfermería y Salud Pública de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en la ciudad de Morelia, Michoacán.

Se realizó un muestreo tipo censo, ya que se incluyó a todos los alumnos inscritos disponibles en el periodo Agosto-Octubre de 2014 que contestaron el tamizaje de salud aplicado de manera electrónica en esta institución como parte del proyecto “Evaluación de la efectividad de una estrategia de intervención para depresión y riesgo suicida en universitarios” a cargo del Doctor en Psicología y Salud Quetzalcóatl Hernández Cervantes y el Doctor en Psicología Jesús Antonio Alveano Hernández, para el periodo 2014-2016.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Los participantes se eligieron de acuerdo a los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Estudiantes de la licenciatura en Salud Pública o la carrera técnica en enfermería de la U.M.S.N.H.
- Aceptación del consentimiento informado.

Criterios de no inclusión:

- El estudiante decida no participar.
- En el caso de enfermería, ausencia en las instalaciones e imposibilidad de contacto a causa de la realización de prácticas profesionales.

Criterios de eliminación:

- Expediente incompleto.
- El participante decida abandonar el proyecto.

Variables

Tabla 1

Variables sociodemográficas

Definición conceptual	Definición operacional	Escala de la variable	Unidades de medida
Sexo	Si la persona que contesta la encuesta es hombre o mujer.	Nominal	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde su nacimiento hasta el momento de la aplicación de la encuesta.	Intervalar	Años
Programa	Programa académico dentro del área de la salud en que se encuentra inscrito: Carrera técnica en Enfermería o Licenciatura en Salud Pública	Nominal	Nominal
Semestre	Semestre de la carrera que se encuentra cursando al momento de la encuesta.	Nominal	Nominal
Turno	Si toma clases en el turno matutino o vespertino	Nominal	Nominal
Lugar de origen	Si son originarios de la ciudad de Morelia o de algún otro municipio y/o estado	Nominal	Nominal
Tamaño de vivienda	Si considera que el lugar donde vive tiene suficiente espacio o no	Nominal	Nominal
Hermanos	Si tiene hermanos o no	Nominal	Nominal
Computadora propia	Si cuenta con computadora portátil propia o familiar	Nominal	Nominal
Acceso a internet	Si cuenta con acceso a internet	Nominal	Nominal
Celular	Si cuenta con teléfono celular propio	Nominal	Nominal
Sostén económico	Si es el sostén de su familia o lo es algún otro miembro	Nominal	Nominal
Trabajo	Si además de estudiar se encuentra trabajando	Nominal	Nominal
Etnicidad	Si pertenece o se identifica con algún grupo étnico	Nominal	Nominal
Religión	Si se identifica con algún credo o religión	Nominal	Nominal

Tabla 2*Variables académicas*

Definición conceptual	Definición operacional	Escala de la variable	Unidades de medida
Carrera deseada	Si se encuentra estudiando la carrera que quería estudiar	Nominal	Nominal
Tipo de escuela anterior	Si las escuelas a las que asistieron con anterioridad fueron en su mayoría públicas o privadas	Nominal	Nominal
Promedio	Si el promedio de calificaciones actual o del último periodo es mayor o menor a 8	Nominal	Nominal
Actividades extra-académicas	Si realiza alguna actividad adicional a las escolares, como deportivas, sociales o culturales	Nominal	Nominal

Tabla 3*Variables de salud*

Definición conceptual	Definición operacional	Escala de la variable	Unidades de medida
Sistema de salud	Si cuenta con acceso a sistemas de salud, a servicio médico.	Nominal	Nominal
Limitación por salud física	Si su estado de salud actual ha afectado sus actividades diarias en las últimas cuatro semanas	Nominal	Nominal
Limitaciones por problemas emocionales	Si sus problemas emocionales han afectado sus actividades diarias en las últimas cuatro semanas	Nominal	Nominal
Dolor	Si reporta haber presentado limitaciones por dolor durante las últimas cuatro semanas	Nominal	Nominal
Historial familiar de trastornos neurológicos	Si reportan que en sus padres o hermanos existen antecedentes de trastornos neurológicos	Nominal	Nominal
Historial familiar de trastornos psiquiátricos	Si reportan que en sus padres o hermanos existen antecedentes de trastornos psiquiátricos	Nominal	Nominal
Historial familiar de enfermedad o trastorno	Si reporta que en sus padres o hermanos existen antecedentes de enfermedad o trastorno	Nominal	Nominal
Diagnóstico de enfermedad	Si al momento de la encuesta cuenta con algún diagnóstico o sospecha de trastorno, enfermedad o condición neurológica, psiquiátrica, física o congénita.	Nominal	Nominal

Tabla 4*Variables psicométricas*

Definición conceptual	Definición operacional	Escala de la variable	Unidades de medida
Riesgo suicida	El Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes “IRISA” (Hernández & Lucio, 2003) identifica jóvenes estudiantes que se encuentren en riesgo de suicidio para referirlos a un modelo de intervención psicológica que tenga como objetivo la reducción de tal riesgo y la prevención de algún tipo de conducta o desenlace suicida. Esta herramienta de autoreporte se puede aplicar de forma individual o colectiva, manual o en línea, con un tiempo de aplicación entre 15 a 25 minutos.	Intervalar	Niveles de riesgo: • Prioridad 1: Riesgo alto • Prioridad 2: Riesgo por intento • Prioridad 3: Riesgo por ideación • Prioridad 4: Riesgo bajo • Sin riesgo
Riesgo por consumo de tabaco	La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) está diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar. El cuestionario consta de ocho preguntas con un tiempo de aplicación de entre 5 y 10 minutos (OMS, 2011).	Intervalar/Ordinal	El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’. Puntuación de riesgo para tabaco (de 0 a 31)
Riesgo por consumo de alcohol	La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) está diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar. El cuestionario consta de ocho preguntas con un tiempo de aplicación de entre 5 y 10 minutos (OMS, 2011).	Intervalar/Ordinal	El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’. Puntuación de riesgo para alcohol (de 0 a 39)
Riesgo por consumo de cannabis	La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) está diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar. El cuestionario consta de ocho preguntas con un tiempo de aplicación de entre 5 y 10 minutos (OMS, 2011).	Intervalar/Ordinal	El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’. Puntuación de riesgo para cannabis (de 0 a 39)
Riesgo por consumo de sedantes	Si reportaron haber consumido sedantes en los últimos 6 meses.	Nominal	Nominal
Sintomatología depresiva	La CES-D tiene un formato autoaplicable de 20 ítems para registrar los síntomas depresivos y sus diferentes manifestaciones en los últimos siete días, demostrando ser válida y confiable en diferentes poblaciones (González-Forteza, Wagner & Jiménez, 2012).	Intervalar	Puntuación total de la escala Puntaje de la Escala de CES-D de 0 a 60
Función familiar	Evaluada mediante la utilización del APGAR Familiar. La sigla APGAR se deriva de los cinco componentes (en inglés) de la función familiar: adaptabilidad	Intervalar	Puntuación total de la escala.

	(adaptability), que se define como la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un factor de estrés durante un periodo de crisis; cooperación (partnership), como la participación en la toma de decisiones y responsabilidades, lo cual define el grado de poder de los miembros de la familia; desarrollo (growth), como la posibilidad de maduración emocional y físicas, así como de autorrealización de los miembros de la familia, por el apoyo mutuo; afectividad (affection), como la relación de amor y atención entre los miembros de la familia, y capacidad resolutive (resolve), como el compromiso o determinación de dedicar tiempo (espacio, dinero) a los otros miembros de la familia (Forero, Avendaño, Duarte & Campo-Arias, 2006).		Puntaje de APGAR familiar de 0 a 10 puntos.
Nivel de ansiedad	El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) evaluar la intensidad de la sintomatología ansiosa presente en un individuo. El BAI es una escala autoaplicable que consta de 21 reactivos que determinan la severidad con que se presentan las categorías sintomáticas y conductuales que evalúan. Estas categorías corresponden a los síntomas que generalmente se incluyen para hacer el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad. La evaluación de la severidad de los síntomas se hace mediante una escala de 0 a 3 puntos, en la que 0 indica la ausencia del síntoma, y 3 la severidad máxima del mismo (Magán, Sanz & García-Vera, 2008).	Intervalar	Puntuación total de la escala (de 0 a 63)
Nivel de depresión	La Escala de Depresión de Beck (BDI) evalúa la intensidad de la sintomatología depresiva que presenta un individuo. El instrumento es auto aplicable, y consta de 21 reactivos, cada cual con cuatro afirmaciones que describen el espectro de severidad de la categoría sintomática y conductual evaluada. En todos los casos, el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, el segundo de 1 punto, el tercero de 2 puntos, y el cuarto de 3 puntos, que califica la severidad máxima del síntoma. Las categorías evaluadas son: 1) ánimo, 2) pesimismo, 3) sensación de fracaso, 4) insatisfacción, 5) sentimientos de culpa, 6) sensación de castigo, 7) auto aceptación, 8) auto acusación, 9) ideación suicida, 10) llanto, 11) irritabilidad, 12) aislamiento, 13) indecisión, 14) imagen corporal, 15) rendimiento laboral, 16) trastornos del sueño, 17) fatigabilidad, 18) apetito, 19) pérdida de peso, 20) preocupación somática y 21) pérdida de la libido. Los primeros 14 apartados se refieren a síntomas afectivo-cognoscitivos, y los 7 restantes a síntomas vegetativos y somáticos que regularmente se incluyen para hacer el diagnóstico de depresión mayor. El instrumento ha mostrado tener la validez y confiabilidad aceptables para su empleo en el ejercicio clínico y de investigación (Joffre-Velázquez, Martínez-Perales, García- Maldonado & Sánchez-Gutiérrez, 2007).	Intervalar	Puntuación total de la escala (de 0 a 63).
Impulsividad estado	La puntuación total de la Escala de Impulsividad Estado (EIE) expresa la sumatoria de la frecuencia de aparición de conductas impulsivas prototípicas susceptibles de ser modificadas a corto plazo (Iribarren, Jiménez-Giménez, García-de Cecilia & Rubio-Valladolid, 2011).	Intervalar	Puntuación total en la Escala de Impulsividad Estado (de 20 a 80)

Tabla 5*Variables sobre sexualidad*

Definición conceptual	Definición operacional	Escala de la variable	Unidades de medida
Pareja	Si actualmente cuenta con pareja sentimental o novio(a)	Nominal	Nominal
Inicio de vida sexual	Si ha iniciado vida sexual	Nominal	Nominal
Orientación sexual	Si su atracción física, sexual, emocional y romántica es heterosexual o de otro tipo.	Nominal	Nominal

Procedimiento

1. Utilizando la base de datos con las respuestas obtenidas de los estudiantes de la Carrera Técnica en Enfermería y Licenciatura en Salud Pública otorgadas mediante el Tamizaje de Salud aplicado en esta facultad en el 2014, previo consentimiento informado; y realizando una revisión bibliográfica acerca de modelos multivariados, se procedió a la identificación e inclusión en la investigación de factores considerados de riesgo que podrían formar parte del modelo. El tamizaje de salud (Anexo 1) incluyó los siguientes elementos:

- Ficha de identificación: Edad, sexo, estado civil, programa, semestre, turno, lugar de origen e información de contacto.
- Cuestionario de aspectos económicos, familiares, académicos, de salud, etnicidad y espiritualidad.
- Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRISA).
- Prueba de Detección de Alcohol, Tabaco y sustancias (ASSIST).
- Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).
- APGAR Familiar.
- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

- Inventario de Depresión de Beck (BDI).
 - Escala de Impulsividad Estado (EIE).
 - Cuestionario sobre sexualidad, iatrogenia y enlace.
2. Utilizando un análisis estadístico multivariado, mediante el programa SPSS en su versión 22.0, se obtuvo la relación entre los diferentes factores de riesgo estudiados y el riesgo suicida.
 3. Se realizó una propuesta de modelo de riesgo suicida en esta población de estudiantes, con los factores de riesgo que presentaron una mayor influencia en el nivel de riesgo suicida.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó en tres etapas:

1. Para cumplir con el primer objetivo de investigación, que consiste en conocer la prevalencia de riesgo suicida y factores de riesgo, se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo con todas las variables incluidas en el estudio.
2. Con la intención de conocer la relación entre los factores reportados por la literatura como “de riesgo” que formaron parte de la investigación y el riesgo suicida, se analizó por separado, mediante regresión lineal simple, cada una de las variables dependientes (factores de riesgo) con la variable independiente (Riesgo Suicida).
3. Una vez identificados los factores que en la Regresión Lineal Simple mostraron relación con el Riesgo Suicida, éstos se analizaron en conjunto mediante Regresión Múltiple, para conocer su influencia sobre el nivel de riesgo al dejar de ser considerados de manera individual.

Consideraciones éticas

El procedimiento de esta investigación no implica riesgo alguno para participantes. Debido a que los datos obtenidos son derivados de cuestionarios autoaplicados validados en población mexicana con características similares a las de la muestra de estudio, además de ser ampliamente utilizados en la investigación psicológica.

La aplicación de este tipo de cuestionarios o tamizajes acerca del suicidio no solo sirven para referir a los estudiantes en riesgo a la atención que necesitan, existe evidencia de que el simple hecho de contestarlos disminuye el malestar asociado, por lo que resultan, hasta cierto punto, terapéuticos en sí mismos (Katz et al, 2013).

Al ser un estudio derivado de un tamizaje realizado en la Escuela de Enfermería y Salud Pública, del que estuvo a cargo el Doctor en Psicología Especialista en Suicidio Quetzalcóatl Hernández Cervantes de esa institución, se cuenta con la certeza de que los alumnos con requerimiento de algún tipo de atención, fueron y serán tratados por personal capacitado.

Previo al tamizaje se obtuvo el consentimiento de cada uno de los participantes para formar parte del estudio, luego de haberles informado sobre las características del mismo.

El estudio fue diseñado de acuerdo con las normas y lineamientos internacionales (Declaración de Helsinki) y los contenidos en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de investigación en seres humanos.

Se obtuvo la aprobación del proyecto de investigación por parte del comité de bioética de la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”.

Resultados

El tamizaje se aplicó a 952 estudiantes de la Carrera Técnica en Enfermería y de la Licenciatura en Salud Pública que accedieron a participar y se encontraban en las instalaciones al momento de llevarlo a cabo, 12 estudiantes decidieron no formar parte del estudio y 32 cuestionarios fueron eliminados por contar con datos incompletos. Para esta investigación, se tuvo un tamaño de muestra de 920 participantes que cumplieron con todos los criterios de inclusión.

Descriptivos

A continuación (ver Tabla 6 – 10) se presentan los resultados descriptivos obtenidos en las variables estudiadas: frecuencia y porcentaje en las variables cualitativas, además de la media y desviación estándar en aquellas variables de tipo cuantitativo (Ver tabla 4 para conocer los puntajes totales de cada escala).

Tabla 6

Análisis descriptivo: variables sociodemográficas

N=920

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Sexo			
	Hombres	283	30.8
	Mujeres	637	69.2
Programa			
	Enfermería	397	43.2
	Salud pública	523	56.8
Semestre			
	Primero	430	46.7
	Tercero	252	27.4
	Quinto	144	15.7
	Séptimo	94	10.2
Turno			
	Matutino	460	50.0
	Vespertino	460	50.0
Lugar de origen			
	Morelia	420	45.7
	Otro municipio/estado	500	54.3

Tamaño de vivienda		
Espacio suficiente	673	73.2
Amontonados	247	26.8
Hermanos		
Sí	898	97.6
No	22	2.4
Computadora propia		
Sí	566	61.5
No	354	38.5
Acceso a internet		
Sí	694	75.4
No	226	24.6
Celular		
Sí	790	85.9
No	130	14.1
Sostén económico		
Lo sostiene su familia	839	91.2
Se sostiene solo	81	8.8
Etnicidad		
No pertenece	781	84.9
Pertenece	139	15.1
Religión		
Sí pertenece	475	51.6
No pertenece	397	43.2
Prefirió no contestar	48	5.2

Tabla 7*Análisis descriptivo: variables académicas**N=920*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Carrera deseada		
Sí	726	78.9
No	194	21.1
Promedio		
Igual o mayor a 8	685	74.5
Menor a 8	235	25.5
Actividades extra-académicas		
Sí practica	705	23.4
No practica	215	76.6

Tabla 8*Análisis descriptivo: variables de salud**N=920*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sistema de salud		
Cuenta con servicio médico	880	95.7
No cuenta con servicio médico	40	4.3
Limitación por salud física		
No	801	87.1
Sí	119	12.9
Limitaciones por problemas emocionales		
Sí	631	68.6
No	289	31.4
Dolor		
Ausencia	527	57.3
Presencia	393	42.7
Historial familiar de trastornos neurológicos		
Sin antecedentes	875	95.1
Con antecedentes	45	4.9
Historial familiar de trastornos psiquiátricos		
Sin antecedentes	730	79.3
Con antecedentes	190	20.7
Historial familiar de enfermedad o trastorno		
Sin antecedentes	483	52.5
Con antecedentes	437	47.5
Diagnóstico de enfermedad		
Sin diagnóstico	862	93.7
Con diagnóstico	58	6.3

Tabla 9*Análisis descriptivo: variables psicométricas**N=920*

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación estándar
Nivel de riesgo suicida (IRISA)			1.56	1.035
Nivel 1: Sin riesgo	646	70.2		
Nivel 2: Riesgo bajo	139	15.1		
Nivel 3: Riesgo por ideación	64	7.0		
Nivel 4: Riesgo por intento	37	4.0		
Nivel 5: Riesgo alto	34	3.7		
Riesgo por consumo de tabaco (Puntuación ASSIST)			3.57	6.226
No	575	62.5		
Sí	345	37.5		
Riesgo leve	89	9.7		
Riesgo moderado y grave	255	27.7		
Riesgo por consumo de alcohol (Puntuación ASSIST)			4.79	5.934
No	278	30.2		
Sí	642	69.8		
Riesgo leve	514	55.9		
Riesgo moderado y grave	127	13.8		
Riesgo por consumo de cannabis (Puntuación ASSIST)			.59	2.943
No	851	92.5		
Sí	69	7.5		
Riesgo leve	27	2.9		
Riesgo moderado y grave	41	4.5		
Riesgo por consumo de sedantes (Ítem ASSIST)				
No	896	97.4		
Sí	24	2.6		
Sintomatología depresiva (Puntuación CES-D)			14.71	9.779
Puntuación promedio de la población general	585	63.6		
Ligera elevación de la sintomatología depresiva	221	24.0		
Elevación significativa de los síntomas depresivos	114	12.4		
Función familiar (Puntuación APGAR Familiar)			7.82	2.306
Disfunción familiar grave	60	6.5		
Moderadamente disfuncional	115	16.8		
Funcionamiento familiar adecuado	705	76.6		
Nivel de ansiedad (Puntuación Beck AI)			9.04	7.934
Ansiedad mínima	491	53.4		
Ansiedad leve	264	28.7		
Ansiedad moderada	129	14.0		
Ansiedad grave	36	3.9		
Nivel de depresión (Puntuación Beck DI)			8.76	7.325
Depresión ausente	296	32.2		
Depresión leve	193	21.0		
Depresión moderada	292	31.7		
Depresión grave	139	15.1		

Impulsividad estado (Puntuación EIE)

29.32

8.06

Tabla 10*Análisis descriptivo: variables de sexualidad**N=890**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Pareja		
Tiene pareja	505	56.742
No tiene pareja	385	43.258
Inicio de vida sexual		
Ya inició vida sexual	525	58.989
No ha iniciado	365	41.011
Orientación sexual		
Heterosexual	711	79.888
Otra	38	4.269
No contestó	141	15.843

**Las preguntas sobre sexualidad se incluyeron a partir del segundo día de aplicación de encuestas, razón por la que se cuenta con una N de 890.*

Identificación de factores de riesgo

Con la intención de corroborar que las diferentes variables incluidas en este estudio, reportadas por la literatura como factores de riesgo, tienen influencia sobre el nivel de riesgo suicida en esta muestra de estudiantes universitarios; se procedió al análisis estadístico individual de las variables estudiadas con relación al nivel de riesgo, utilizando la prueba de regresión lineal simple (ver tabla 11-15).

Tabla 11*Variables sociodemográficas con relación al riesgo suicida**N=920*

Variable	R ²	F	B	Sig. (p)	IC 95%
Sexo (Mujeres=0, Hombres=1)	.004	3.510(1, 918)	-.138	.061	-.283, .007
Edad	.004	4.131(1, 918)	-.015	.042*	-.029, -.001
Programa (Salud pública=0, Enfermería=1)	.001	.720(1, 918)	.058	.396	-.077, .194
Semestre					
Primero	.002	1.670(1, 918)	-.021	.197	-.052, .011
Tercero	.003	2.893(1, 918)	-.133	.089	-.280, .020
Quinto	.004	3.577(1, 918)	.177	.059	-.007, .361
Séptimo	.006	5.617(1, 918)	.266	.018*	.046, .487
Turno (Vespertino=0, Matutino=1)	.034	32.496(1, 918)	.383	.000***	.251, .514
Lugar de origen (Morelia=0, Otro=1)	.001	.623(1, 918)	-.054	.430	-.189, .080
Tamaño de vivienda (Esp. suficiente=0, Amontonados=1)	.002	1.867(1, 918)	.105	.172	-.046, .256
Hermanos (Sí=0, No=1)	.004	4.110(1, 918)	.452	.043*	.014, .890
Computadora propia (Sí=0, No=1)	.000	.409(1, 918)	-.045	.522	-.183, .093
Acceso a internet (Sí=0, No=1)	.005	4.707(1, 918)	-.172	.030*	-.327, -.016
Celular (Sí=0, No=1)	.005	4.986(1, 918)	.218	.026*	.026, .410
Sostén económico (Lo sostiene su familia=0, Se sostiene solo=1)	.005	4.224(1, 918)	-.247	.040*	-.483, -.011
Etnicidad (No pertenece=0, Pertenece=1)	.000	.014(1, 918)	.011	.905	-.176, .198
Religión					
Sí pertenece	.003	2.621(1, 918)	-.110	.106	-.244, .023
No pertenece	.002	1.860(1, 918)	.094	.173	-.041, .229
Prefirió no contestar	.000	.399(1, 918)	.104	.528	-.220, .429

*Significancia con valor de p menor a .05

*** Significancia con valor de p menor a .001

Tabla 12*Variables académicas con relación al riesgo suicida**N=920*

Variable	R ²	F	B	Sig. (p)	IC 95%
Carrera deseada (Sí=0, No=1)	.010	9.655(1, 918)	.259	.002**	.095, .422
Promedio (≥ 8=0, Menor a 8=1)	.000	.021(1, 918)	.011	.885	-.142, .165
Actividades extra-académicas (Sí=0, No=1)	.000	.007(1, 918)	.007	.933	-.152, .165

**Significancia con valor de p menor a .01

Tabla 13*Variables de salud con relación al riesgo suicida**N=920*

Variable	R ²	F	B	Sig. (p)	IC 95%
Sistema de salud (Con servicio médico=0, Sin servicio médico=1)	.008	7.655(1, 918)	.461	.006**	.134, .789
Limitación por salud física (No=0, Sí=1)	.009	8.089(1, 918)	.255	.005**	.079, .431
Limitaciones por problemas emocionales (No=0, Sí=1)	.061	59.877(1, 918)	.552	.000***	.412, .692
Dolor (Ausencia=0, Presencia=1)	.031	29.575(1, 918)	.371	.000***	.237, .504
Historial familiar de trastornos neurológicos (No=0, Sí=1)	.005	4.202(1, 918)	.324	.041*	.014, .634
Historial familiar de trastornos psiquiátricos (No=0, Sí=1)	.013	12.043(1, 918)	.291	.001**	.126, .455
Historial familiar de enfermedad o trastorno (No=0, Sí=1)	.015	13.802(1, 918)	.252	.000***	.119, .385
Diagnóstico de enfermedad (No=0, Sí=1)	.041	38.841(1, 918)	.748	.000***	.513, .984

*Significancia con valor de p menor a .05

**Significancia con valor de p menor a .01

*** Significancia con valor de p menor a .001

Tabla 14*Variables psicométricas con relación al riesgo suicida**N=920*

Variable	R ²	F	B	Sig. (p)	IC 95%
Riesgo por consumo de tabaco (Puntuación ASSIST)	.024	22.186(1, 918)	.026	.000***	.015, .036
Riesgo leve	.001	.999(1, 918)	.115	.318	-.111, .342
Riesgo moderado y grave	.018	17.050(1, 918)	.312	.000***	.164, .460
Riesgo por consumo de alcohol (Puntuación ASSIST)	.034	32.351(1, 918)	.032	.000***	.021, .043
Riesgo leve	.001	1.076(1, 918)	-.071	.300	-.206, .064
Riesgo moderado y grave	.032	30.679(1, 918)	.539	.000***	.348, .731
Riesgo por consumo de cannabis (Puntuación ASSIST)	.016	15.039(1, 918)	.045	.000***	.022, .067
Riesgo leve	.000	.030(1, 918)	.035	.863	-.362, .432
Riesgo moderado y grave	.030	28.518(1, 918)	.870	.000***	.550, 1.190
Riesgo por consumo de sedantes (No=0, Sí=1)	.022	20.815(1, 918)	.967	.000***	.551, 1.382
Sintomatología depresiva (Puntuación CES-D)	.204	234.721(1, 918)	.048	.000***	.042, .054
Ligera elevación de la sintomatología depresiva	.003	2.345(1, 918)	.122	.126	-.034, .279
Elevación significativa de los síntomas depresivos	.150	161.509(1, 918)	1.215	.000***	1.027, 1.402
Función familiar (Puntuación APGAR Familiar)	.092	93.190(1, 918)	-.136	.000***	-.164, -.109
Disfunción familiar grave	.056	54.171(1, 918)	.989	.000***	.725, 1.253
Moderadamente disfuncional	.022	21.099(1, 918)	.414	.000***	.237, .591
Nivel de ansiedad (Puntuación Beck AI)	.083	83.293(1, 918)	.038	.000***	.030, .046
Ansiedad leve	.002	1.520(1, 918)	.093	.218	-.055, .241
Ansiedad moderada	.030	28.070(1, 918)	.513	.000***	.323, .703
Ansiedad grave	.034	32.024(1, 918)	.980	.000***	.640, 1.319
Nivel de depresión (Puntuación Beck DI)	.187	210.776(1, 918)	.061	.000***	.053, .069
Depresión leve	.018	16.717(1, 918)	-.340	.000***	-.503, -.177
Depresión moderada	.006	5.078(1, 918)	.165	.024*	.021, .308
Depresión grave	.114	118.679 (1, 918)	.977	.000***	.801, 1.154
Impulsividad estado (Puntuación EIE)	.050	48.343(1, 918)	.029	.000***	.021, .037

*Significancia con valor de p menor a .05

*** Significancia con valor de p menor a .001

Tabla 15*Variables de sexualidad con relación al riesgo suicida**N=890*

Variable	R ²	F (gl)	B	Sig. (p)	IC 95%
Pareja (Tiene=0, No tiene=1)	.000	.174(1, 888)	.029	.677	-.107, .165
Inicio de vida sexual (No ha iniciado=0, Inició=1)	.004	3.398(1, 888)	.128	.066	-.008, .265
Orientación sexual (Heterosexual=0, Otra=1)	.000	.115(1, 888)	-.058	.734	-.390, .275

Modelo de riesgo suicida

Una vez identificados los factores de riesgo mediante la regresión lineal simple, se procedió a analizar de manera conjunta las variables que resultaron significativas para determinar su impacto sobre el riesgo de suicidio, considerando ahora también la interacción entre ellas. Para este propósito, se utilizó un análisis multivariado, que consistió en la prueba estadística de regresión lineal múltiple.

De este tratamiento de los datos, se obtuvieron dos modelos estadísticos de riesgo de suicidio; el primero (ver tabla 17), utilizando las puntuaciones totales de las pruebas psicométricas utilizadas; el segundo (ver tabla 19), considerando las clasificaciones sugeridas por los manuales de los diferentes instrumentos utilizados.

Primer modelo de riesgo suicida

Para elaborar el primer modelo de riesgo suicida, se incluyeron únicamente las variables identificadas previamente por la regresión lineal simple como factores de riesgo, y se hizo uso de las puntuaciones totales de las escalas aplicadas. De este primer análisis, se obtuvo una regresión significativa ($F(25, 890) = 16.352, p < .001$) con bondad de ajuste (coeficiente de correlación al cuadrado) de $R^2 = .315$ (ver tabla 16).

Tabla 16*Regresión lineal múltiple con factores de riesgo previamente identificados (puntajes) N=920*

Variable	B	Error estándar	Beta	t	Sig. (p)	IC 95%
(Constante)	1.110	.235		4.725	.000***	.649, 1.571
Edad	-.002	.007	-.008	-.257	.797	-.015, .012
Semestre						
Tercero	-.075	.071	-.032	-1.051	.293	-.215, .065
Quinto	.149	.086	.053	1.731	.084	-.020, .317
Séptimo	.197	.105	.058	1.870	.062	-.010, .404
Turno (Vespertino=0, Matutino=1)	.279	.059	.135	4.696	.000***	.162, .396
Hermanos (Sí=0, No=1)	.573	.190	.085	3.024	.003**	.201, .945
Acceso a internet (Sí=0, No=1)	-.075	.070	-.031	-1.073	.284	-.212, .062
Celular (Sí=0, No=1)	.133	.085	.045	1.565	.118	-.034, .299
Sostén económico (Familia=0, Solo=1)	-.258	.112	-.071	-2.308	.021*	-.477, -.039
Carrera deseada (Sí=0, No=1)	.017	.074	.007	.234	.815	-.128, .162
Sistema de salud (Con servicio médico=0, Sin servicio médico=1)	.122	.144	.024	.847	.397	-.160, .404
Limitación por salud física (No=0, Sí=1)	-.206	.083	-.076	-2.464	.014*	-.369, -.042
Limitaciones por problemas emocionales (No=0, Sí=1)	.052	.074	.023	.706	.481	-.093, .198
Dolor (Ausencia=0, Presencia=1)	.030	.076	.012	.399	.690	-.119, .179
Historial familiar de trastornos neurológicos (No=0, Sí=1)	.103	.060	.050	1.719	.086	-.015, .220
Historial familiar de trastornos psiquiátricos (No=0, Sí=1)	.366	.110	.099	3.324	.001**	.150, .582
Historial familiar de enfermedad o trastorno (No=0, Sí=1)	.012	.005	.070	2.153	.032*	.001, .022
Diagnóstico de enfermedad (No=0, Sí=1)	-4.05E-02	.006	.000	-.007	.994	-.011, .011
Riesgo por consumo de tabaco (Puntuación ASSIST)	.012	.010	.033	1.120	.263	-.009, .032
Riesgo por consumo de alcohol (Puntuación ASSIST)	.414	.184	.064	2.253	.025*	.053, .011
Riesgo por consumo de cannabis (Puntuación ASSIST)	.025	.005	.236	5.188	.000***	.015, .032
Riesgo por consumo de sedantes (No=0, Sí=1)	-.039	.015	-.087	-2.684	.007**	-.068, .775
Sintomatología depresiva (Puntuación CES-D)	.000	.005	-.002	-.058	.954	-.010, .034
Función familiar (Puntuación APGAR Familiar)	.028	.006	.198	4.466	.000***	.016, -.011
Nivel de ansiedad (Puntuación Beck AI)	-.004	.004	-.028	-.829	.407	-.012, .009
Nivel de depresión (Puntuación Beck DI)	-.258	.112	-.071	-2.308	.021*	-.477, .040
Impulsividad estado (Puntuación EIE)	.017	.074	.007	.234	.815	-.128, .005

*Significancia con valor de p menor a .05

**Significancia con valor de p menor a .01

*** Significancia con valor de p menor a .001

Posterior a este primer análisis, en que se evaluaron todos los factores que habían resultado significativos en la regresión lineal simple; se descartaron una a una las variables que, al ser tratadas mediante regresión lineal múltiple (14 pasos del procedimiento “hacia atrás” del paquete estadístico SPSS), ya no mostraron un valor de p significativo en relación a su influencia directa sobre el riesgo suicida.

Se obtuvo un primer modelo definitivo de riesgo suicida en estudiantes universitarios de enfermería y salud pública de la U.M.S.N.H. (ver tabla 17). La ecuación de regresión encontrada, resultó significativa ($F(12, 903) = 33.375, p < .001$) con un coeficiente de correlación $R^2 = .307$.

El riesgo suicida predicho en los participantes es igual a $1.110 + .188$ (QUINTO SEMESTRE) + $.254$ (SÉPTIMO SEMESTRE) + $.300$ (TURNO) + $.575$ (HERMANOS) - $.285$ (SOSTÉN ECONÓMICO) - $.202$ (LIMITACIÓN POR SALUD FÍSICA) + $.411$ (DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD) + $.013$ (RIESGO POR CONSUMO DE TABACO) + $.449$ (CONSUMO DE SEDANTES) + $.026$ (SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA) - $.044$ (FUNCIÓN FAMILIAR) + $.027$ (NIVEL DE DEPRESIÓN), donde Quinto Semestre es codificado como 0 = No pertenece, 1 = Pertenece; Séptimo Semestre es codificado como 0 = No pertenece, 1 = Pertenece; Turno es codificado como 0 = Vespertino, 1 = Matutino; Hermanos es codificado como 0 = Tiene, 1 = No tiene; Sostén Económico es codificado como 0 = Depende de su familia, 1 = Se sostiene solo; Limitación por Salud Física codificado como 0 = No, 1 = Sí; Diagnóstico de Enfermedad es codificado como 0 = Sin diagnóstico, 1 = Con diagnóstico; Riesgo por consumo de tabaco es medido por la puntuación de la subescala de consumo de tabaco del instrumento ASSIST; Consumo de Sedantes es codificado como 0 = No consume, 1 = Consume; Sintomatología Depresiva medida por la puntuación total de la escala CES-D; Función familiar es medida por la

puntuación total del instrumento APGAR Familiar y Nivel de Depresión es medido por el puntaje total de la Escala de Depresión de Beck.

El nivel de riesgo suicida de los participantes se incrementa .188 en aquellos que pertenecen a quinto semestre y .254 a los de séptimo, también aumenta en .300 si pertenecen al turno matutino, .575 si no tienen hermanos, disminuye .285 si se sostienen solos económicamente, también .202 si reportan haber tenido limitaciones por un problema de salud física, aumenta .411 si cuentan con diagnóstico de enfermedad, se eleva .013 por cada punto en la escala de consumo de tabaco del instrumento ASSIST, .449 si reportaron consumir sedantes, .026 por cada punto en la escala de sintomatología depresiva del CES-D, disminuye .044 por cada punto en la escala de funcionamiento familiar APGAR Familiar y aumenta .027 por cada punto en la escala de depresión de Beck.

Tanto el semestre en el que se encuentran inscritos, el turno al que pertenecen, el tener hermanos, quién le sostiene económicamente, si ha tenido limitaciones por salud física, contar con diagnóstico de enfermedad, el riesgo por consumo de tabaco, el consumo de sedantes, la sintomatología depresiva, la función familiar y el nivel de depresión son predictores significativos del riesgo suicida en estos participantes.

Tabla 17*Modelo de riesgo de suicidio usando puntajes totales de instrumentos**N=920*

Variable	B	Error estándar	Beta	t	Sig. (p)	IC 95%
(Constante)	1.110	.235		4.725	.000***	.649, 1.571
Semestre						
Quinto	.188	.080	.066	2.363	.018*	.032, .344
Séptimo	.254	.096	.075	2.636	.009**	.065, .443
Turno (Vespertino=0, Matutino=1)	.300	.058	.146	5.191	.000***	.187, .413
Hermanos (Sí=0, No=1)	.575	.188	.085	3.056	.002**	.206, .944
Sostén económico (Familia=0, Solo=1)	-.285	.102	-.079	-2.805	.005**	-.484, -.086
Limitación por salud física (No=0, Sí=1)	-.202	.080	-.074	-2.530	.012*	-.359, -.045
Diagnóstico de enfermedad (No=0, Sí=1)	.411	.106	.111	3.863	.000***	.202, .620
Riesgo por consumo de tabaco (Puntuación ASSIST)	.013	.005	.078	2.785	.005**	.004, .022
Riesgo por consumo de sedantes (No=0, Sí=1)	.449	.181	.070	2.475	.014*	.093, .805
Sintomatología depresiva (Puntuación CES-D)	.026	.004	.245	5.738	.000***	.017, .035
Función familiar (Puntuación APGAR Familiar)	-.044	.014	-.098	-3.068	.002**	-.072, -.016
Nivel de depresión (Puntuación Beck DI)	.027	.006	.192	4.634	.000***	.016, .039

*Significancia con valor de p menor a .05

**Significancia con valor de p menor a .01

*** Significancia con valor de p menor a .001

Segundo modelo de riesgo suicida

Para la elaboración del segundo modelo se utilizó, en lugar del puntaje total de las pruebas psicométricas, las clasificaciones que sugieren los manuales de dichas pruebas; además, haciendo uso de las que se conocen como “variables dummy”; las cuales, permiten incluir en el análisis multivariado como dicotómicas aquellas variables que en principio son consideradas ordinales.

De este análisis, se obtuvo una regresión significativa ($F(36, 879) = 10.746, p < .001$) con bondad de ajuste (coeficiente de correlación al cuadrado) de $R^2 = .306$ (ver tabla 18).

Tabla 18*Regresión lineal múltiple con factores de riesgo previamente identificados (categorías)*

N=920

Variable	B	Error estándar	Beta	t	Sig. (p)	IC 95%
(Constante)	.852	.208		4.092	.000***	.443, 1.260
Edad	.001	.007	.003	.088	.930	-.013, .014
Semestre						
Tercero	-.076	.073	-.033	-1.039	.299	-.218, .067
Quinto	.150	.088	.053	1.700	.089	-.023, .322
Séptimo	.214	.106	.063	2.015	.044*	.006, .423
Turno						
(Vespertino=0, Matutino=1)	.307	.061	.149	5.068	.000***	.188, .426
Hermanos						
(Sí=0, No=1)	.499	.193	.074	2.582	.010**	.120, .877
Acceso a internet						
(Sí=0, No=1)	-.047	.071	-.019	-.653	.514	-.186, .093
Celular						
(Sí=0, No=1)	.142	.087	.048	1.641	.101	-.028, .312
Sostén económico						
(Familia=0, Solo=1)	-.304	.114	-.084	-2.682	.007**	-.527, -.082
Carrera deseada						
(Sí=0, No=1)	.010	.075	.004	.134	.894	-.138, .158
Sistema de salud						
(Con servicio médico=0, Sin servicio médico=1)	.137	.147	.027	.930	.353	-.152, .425
Limitación por salud física						
(No=0, Sí=1)	-.183	.086	-.067	-2.111	.035*	-.352, -.013
Limitaciones por problemas emocionales						
(No=0, Sí=1)	.098	.077	.044	1.274	.203	-.053, .248
Dolor						
(Ausencia=0, Presencia=1)	-.025	.042	-.020	-.609	.543	-.107, .056
Historial familiar de trastornos neurológicos						
(No=0, Sí=1)	.145	.146	.029	.990	.322	-.142, .432
Historial familiar de trastornos psiquiátricos						
(No=0, Sí=1)	.054	.078	.021	.692	.489	-.100, .208
Historial familiar de enfermedad o trastorno						
(No=0, Sí=1)	.090	.061	.043	1.465	.143	-.030, .210
Diagnóstico de enfermedad						
(No=0, Sí=1)	.352	.112	.095	3.131	.002**	.131, .572
Riesgo por consumo de tabaco						
Leve	.109	.106	.031	1.026	.305	-.099, .317
Moderado y grave	.156	.076	.068	2.039	.042*	.006, .305
Riesgo por consumo de alcohol						
Leve	.037	.071	.018	.528	.598	-.101, .176
Moderado y grave	.096	.109	.031	.881	.379	-.118, .310
Riesgo por consumo de cannabis						
Leve	-.118	.180	-.019	-.656	.512	-.470, .235
Moderado y grave	.301	.151	.060	1.999	.046*	.005, .597
Riesgo por consumo de sedantes						
(No=0, Sí=1)	.396	.187	.061	2.113	.035*	.028, .763
Sintomatología depresiva						
Ligera elevación de la sintomatología depresiva	.052	.081	.022	.647	.518	-.106, .211
Elevación significativa de los síntomas depresivos	.525	.131	.168	3.997	.000***	.267, .783
Función familiar						
Disfunción familiar grave	.412	.132	.098	3.112	.002**	.152, .672
Moderadamente disfuncional	.249	.083	.090	3.002	.003**	.086, .412
Nivel de ansiedad						
Ansiedad leve	-.028	.074	-.012	-.373	.709	-.173, .118
Ansiedad moderada	.064	.104	.021	.612	.541	-.141, .269
Ansiedad grave	.137	.179	.026	.763	.446	-.215, .489

Nivel de depresión						
Depresión leve	-.006	.084	-.002	-.073	.942	-.171, .159
Depresión moderada	.246	.083	.111	2.977	.003**	.084, .409
Depresión grave	.565	.125	.195	4.501	.000***	.318, .811
Impulsividad estado						
(Puntuación EIE)	.001	.004	.012	.339	.735	-.007, .010

*Significancia con valor de p menor a .05

**Significancia con valor de p menor a .01

*** Significancia con valor de p menor a .001

Posteriormente, de la misma manera que en primer modelo de riesgo (ver tabla 17), se realizó el procedimiento de regresión lineal múltiple “hacia atrás” (22 pasos) del paquete estadístico SPSS, para descartar una a una las variables que ya no mostraron un valor de p significativo en relación a su influencia directa sobre el riesgo suicida.

De esta manera, se obtuvo un segundo modelo de riesgo (ver tabla 19), utilizando las clasificaciones sugeridas por los manuales de las pruebas psicométricas utilizadas. Se encontró una ecuación de regresión significativa ($F(15, 900) = 24.935, p < .001$) con bondad de ajuste (coeficiente de correlación al cuadrado) de $R^2 = .294$.

El riesgo suicida predicho en los participantes es igual a $.934 + .208$ (QUINTO SEMESTRE) + $.282$ (SÉPTIMO SEMESTRE) + $.315$ (TURNO) + $.515$ (HERMANOS) - $.307$ (SOSTÉN ECONÓMICO) + $.392$ (DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD) + $.172$ (RIESGO MODERADO Y GRAVE POR CONSUMO DE TABACO) + $.318$ (RIESGO MODERADO Y GRAVE POR CONSUMO DE CANNABIS) + $.444$ (CONSUMO DE SEDANTES) + $.549$ (ELEVACIÓN SIGNIFICATIVA DE LOS SINTOMAS DEPRESIVOS) + $.508$ (DISFUNCIÓN FAMILIAR GRAVE) + $.277$ (DISFUNCIÓN FAMILIAR MODERADA) + $.294$ (NIVEL DE DEPRESIÓN MODERADA) + $.652$ (NIVEL DE DEPRESIÓN GRAVE), donde Quinto Semestre es codificado como 0 = No pertenece, 1 = Pertenece; Séptimo Semestre es codificado como 0 = No pertenece, 1 = Pertenece; Turno es codificado como 0 = Vespertino, 1 = Matutino; Hermanos es codificado como 0 = Tiene, 1 = No tiene; Sostén Económico es codificado como 0 = Depende de su

familia, 1 = Se sostiene solo; Diagnóstico de Enfermedad es codificado como 0 = Sin diagnóstico, 1 = Con diagnóstico; Riesgo moderado y grave por consumo de tabaco es codificado como 0 = Sin, 1 = Con; Riesgo moderado y grave por consumo de cannabis es codificado como 0 = Sin, 1 = Con; Consumo de Sedantes es codificado como 0 = No consume, 1 = Consume; Elevación Significativa de los Síntomas Depresivos es codificada como 0 = No caso, 1 = Caso; Disfunción familiar grave es codificada como 0 = No caso, 1 = Caso; Disfunción familiar moderada es codificada como 0 = No caso, 1 = Caso; Nivel de Depresión moderado es codificado como 0 = No caso, 1 = Caso y Nivel de depresión grave es codificado como 0 = No caso, 1 = Caso.

El nivel de riesgo suicida de los participantes se incrementa .208 en aquellos que pertenecen a quinto semestre y .282 a los de séptimo, también aumenta en .315 si pertenecen al turno matutino, .517 si no tienen hermanos, disminuye .307 si se sostienen solos económicamente, aumenta .392 si cuentan con diagnóstico de enfermedad, se eleva .172 si se encuentra en riesgo moderado y grave por consumo de tabaco, .318 por riesgo moderado y grave por consumo de cannabis, .444 si reportaron consumir sedantes, .549 si presenta elevación significativa de la sintomatología depresiva, .508 en caso de una disfunción familiar grave, .277 en presencia de una disfunción familiar moderada, .294 si existe un nivel de depresión moderado y .652 cuando se presenta un nivel de depresión grave.

Tanto el semestre en el que se encuentran inscritos, el turno al que pertenecen, el tener hermanos, quién le sostiene económicamente, contar con diagnóstico de enfermedad, el riesgo moderado y grave por consumo de tabaco, el riesgo moderado y grave por consumo de cannabis, el consumo de sedantes, la elevación significativa de la sintomatología depresiva, la disfunción familiar grave y moderada y el nivel de depresión moderado y grave, son predictores significativos del riesgo suicida en estos participantes.

Tabla 19*Modelo de riesgo suicida usando clasificación de los instrumentos*

N=920

Variable	B	Error estándar	Beta	t	Sig. (p)	IC 95%
(Constante)	.934	.057		16.326	.000***	.822, 1.046
Semestre						
Quinto	.208	.080	.073	2.578	.010**	.050, .366
Séptimo	.282	.097	.083	2.896	.004**	.091, .473
Turno (Vespertino=0, Matutino=1)	.315	.058	.153	5.391	.000***	.200, .430
Hermanos (Sí=0, No=1)	.515	.191	.077	2.699	.007**	.140, .889
Sostén económico (Familia=0, Solo=1)	-.307	.103	-.085	-2.985	.003**	-.509, -.105
Limitación por salud física (No=0, Sí=1)	-.151	.081	-.056	-1.879	.061	-.310, .007
Diagnóstico de enfermedad (No=0, Sí=1)	.392	.108	.106	3.630	.000***	.180, .604
Riesgo por consumo de tabaco Moderado y grave	.172	.067	.075	2.573	.010**	.041, .303
Riesgo por consumo de cannabis Moderado y grave	.318	.147	.064	2.165	.031*	.030, .607
Riesgo por consumo de sedantes (No=0, Sí=1)	.444	.185	.069	2.400	.017*	.081, .807
Sintomatología depresiva Elevación significativa de los síntomas depresivos	.549	.111	.175	4.955	.000***	.331, .766
Función familiar Disfunción familiar grave	.508	.128	.121	3.962	.000***	.256, .759
Moderadamente disfuncional	.277	.081	.101	3.436	.001**	.119, .435
Nivel de depresión Depresión moderada	.294	.067	.133	4.402	.000***	.163, .424
Depresión grave	.652	.103	.226	6.327	.000***	.450, .855

*Significancia con valor de p menor a .05

**Significancia con valor de p menor a .01

*** Significancia con valor de p menor a .001

Discusión

El suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial, y México no es la excepción. Este fenómeno afecta especialmente a personas de entre 15 y 29 años, quienes cuentan con las tasas más elevadas de muerte por esta causa (OMS, 2014). Además, una población que se ha reportado vulnerable es aquella conformada por estudiantes de las áreas de la salud, debido a las situaciones particulares a las que se ven expuestos durante su formación profesional (Fan et al., 2012; González et al., 2005; Frank et al., 2006). Y es que la evidencia apunta a que el riesgo suicida es un fenómeno multifactorial que varía considerablemente entre las particularidades individuales, sociales, familiares y culturales de las diferentes poblaciones (Sheidman, 1985). Por lo anterior, resulta relevante conocer los factores específicos que afectan a estos promotores de la salud, y de esta manera facilitar un abordaje clínico-epidemiológico preventivo más preciso, que les permita procurar para sí la salud mental que buscan promover.

La muestra obtenida conformada por los 920 estudiantes de Enfermería y Salud Pública evaluados reporta que, efectivamente, un alto porcentaje de ellos (29.8%) cuenta con riesgo de suicidio en alguno de sus niveles; de estos, un 7.7% se encuentran en los niveles más elevados (4.0% en el nivel 4: riesgo por intento y 3.7% en el nivel 5: riesgo alto). Al ser un fenómeno complejo, que muy pocas veces es estudiado como “riesgo” en conjunto y no como alguno de sus elementos, es complicado comparar la frecuencia en esta muestra en relación a otras poblaciones; para ello sería necesario realizar más investigaciones en población mexicana utilizando el constructo de “riesgo suicida”. Lo que muestra este alto porcentaje de estudiantes en riesgo es que es una población que requiere atención.

Además, se confirma la presencia, en diferentes porcentajes, de todos los factores de riesgo reportados por la literatura que fueron evaluados, entre los que es importante destacar, por el peso que se les ha atribuido en investigaciones previas, los siguientes: que la mayoría de los participantes (54.3%) son originarios de un Estado o Municipio diferente al que se encuentran estudiando (Morelia), lo que teóricamente implicaría la presencia de las problemáticas derivadas de la aculturación, sumamente reportadas (Bridge et al, 2006; OMS, 2014); en esta misma línea, un 15% de los encuestados se identificaron como pertenecientes a un grupo étnico, lo que en estudios internacionales ha sido considerado un factor de riesgo (Chu et al., 2011; Langhinrichsen-Rohling, 2009; Pinhey y Millman, 2004; Blum et al, 2000; Gutiérrez et al., 2001; Borosky et al., 1999), pero que en población mexicana no se ha obtenido suficiente evidencia e incluso se ha reportado como factor protector (Borges, 2009); un 4.3% de estos estudiantes no cuenta con algún tipo de servicio médico o sistema de salud al cual asistir en caso de requerir atención, lo que la OMS (2014) considera uno de los problemas principales en relación al manejo de los casos de riesgo de suicidio; un nada despreciable 31.4% admitió haber tenido limitaciones en su vida diaria a causa de problemas emocionales, lo que implica afectación en las áreas individuales, sociales y de relaciones; también, un 6.3% reportó contar con diagnóstico de enfermedad y un 42.7% haber experimentado dolor en las últimas semanas, ambos factores ampliamente reportados como factores de riesgo por sus grandes repercusiones en el estilo vida (Kaplan y Sadock, 1999; Harris y Barraclough, 1997); 20.7% de los estudiantes mencionaron tener antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, a los cuales se les ha encontrado una alta correlación con el suicidio consumado (OMS, 2014, Qin, Agerbo & Mortensen, 2003); adicionalmente, es bien sabido que el abuso en el consumo de sustancias propicia condiciones desfavorables asociadas al suicidio (Ocampo, Bojorquez y Cortés, 2009; Pérez-Amezcu et al., 2010), en ese sentido, esta muestra de estudiantes reportó el consumo de al menos cuatro de ellas:

tabaco (37.5%), alcohol (69.8%), cannabis (7.5%) y sedantes sin prescripción médica (2.6%); por otro lado, la depresión es el factor que mayormente se ha asociado el riesgo de suicidio (Angst, Angst & Stassen, 1999; Birmaher *et al*, 1996; Harris y Barraclough, 1999), y en esta muestra la presencia de sintomatología depresiva (36.4%) así como de el nivel de depresión (66.8%), resultaron especialmente elevados de manera general y también en sus niveles más altos (12.4% tuvieron una elevación significativa de la sintomatología depresiva y 15.1% mostraron un nivel de depresión grave); en el aspecto de la familia, que es donde se aprenden las primeras habilidades sociales y de donde generalmente se obtiene mayor apoyo para enfrentar las circunstancias de la vida, un 23.3% de los encuestados mostró algún tipo de disfunción familiar; finalmente, en el aspecto sexual parece pertinente resaltar dos aspectos: el primero asociado al inicio de la vida sexual, reportado previamente en adolescentes mexicanas como un factor de riesgo (Pérez-Amezcue *et al.*, 2010) y que en esta muestra la mayoría (58.99%) se identificó como sexualmente activa; y por el otro lado, la orientación sexual, ampliamente reportada como factor de riesgo debido a la discriminación y los problemas sociales, familiares y comunitarios que representa en un país poco tolerante con esta minoría como lo es México (Chu *et al*, 2010; Pinhey & Millman, 2004; Jorm *et al*, 2002; Russell & Joyner, 2001; Garofalo *et al*, 1999; Remafedi *et al*, 1998), sobre la cual el tamizaje mostró que 4.7% de los estudiantes se identificaron con una orientación sexual distinta a la heterosexual y un 15.84% prefirieron no contestar la pregunta, lo que evidencia la alta probabilidad de sesgo en este cuestionamiento, debido a la estigmatización que conlleva el admitir formar parte de este grupo de personas. El conocimiento sobre la presencia de todos estos factores de riesgo permite y exige su abordaje individual, con la intención de disminuir posibles complicaciones a partir de ellos, independientemente del riesgo de suicidio.

El impacto de los factores considerados de riesgo por la literatura no deben ser generalizados, pueden incidir o no en el riesgo de suicidio dependiendo de las características de la población en cuestión. En esta investigación, una cantidad importante de factores de riesgo para suicidio fueron confirmados como tal, pero algunos otros, ampliamente investigados, no mostraron una afectación significativa sobre el nivel de riesgo, como lo fue: El lugar de origen y las problemáticas derivadas de la aculturación, esto probablemente porque, a diferencia de los participantes de estudios internacionales, los sujetos de esta muestra provienen de zonas no muy alejadas geográficamente, lo que evita un choque cultural importante, como lo tendrían, por ejemplo, si viajaran a otro país; la pertenencia a un grupo étnico, cuyo reporte a nivel internacional hace referencia a éste como un factor de riesgo (Chu et al., 2011; Langhinrichsen-Rohling, 2009; Pinhey y Millman, 2004; Blum et al., 2000; Gutiérrez et al., 2001; Borosky et al., 1999) y nacionalmente como un factor protector (Borges, 2009), no mostró una afectación significativa en esta muestra, por lo que su posible implicación resulta un tema de interés para seguir siendo estudiado en otras poblaciones; el aspecto de pertenencia a la religión tampoco se mostró ni como un factor protector, ni de riesgo en aquellos que contestaron no identificarse con alguna, la complejidad de este tema requeriría un estudio más a fondo para identificar posibles componentes que pudieran tener relación con el fenómeno; en lo académico, ni el promedio, ni la realización de actividades extra-académicas resultaron influir significativamente en el nivel de riesgo, posiblemente debido a que existe un problema educativo generalizado en la población mexicana, por lo que calificaciones desfavorables no representan una situación atípica o especialmente conflictiva en la población general; contrario a lo que se esperaba, la influencia en el riesgo suicida de los aspectos relacionados a la sexualidad tampoco resultó significativa, ni el inicio de la vida sexual, reportado como factor de riesgo en estudios realizados en estudiantes adolescentes mexicanos (Pérez-Amezcue et al., 2010), ni la orientación sexual, que es uno de los tópicos

más ampliamente estudiados y de los que se cuenta con mayor evidencia a nivel nacional e internacional (Chu *et al*, 2010; Pinhey & Millman, 2004; Jorm *et al*, 2002; Russell & Joyner, 2001; Garofalo *et al*, 1999; Remafedi *et al*, 1998), esto puede deberse a que la sexualidad es aún considerada por la mayoría de las personas en el país como un tema tabú, y donde el inicio de vida sexual antes del matrimonio o una orientación sexual diferente a la heterosexual son condiciones altamente reprobadas por un importante sector de la sociedad, obtener información fidedigna al respecto se vuelve una tarea complicada aún teniendo conciencia del manejo de la confidencialidad de la información, por lo que la resistencia de los participantes a contestar con la verdad estos cuestionamientos por miedo de las posibles repercusiones sociales que tendría el que de alguna manera se volviera público, implica un sesgo importante en la medición correcta de estas variables.

Dentro de los factores identificados como de riesgo en un primer análisis individual de las variables, se corroboró la influencia de algunos comúnmente reportados por la bibliografía, como lo fueron: variables referentes a la economía: contar con celular o acceso a internet; la variable académica sobre estar estudiando algo diferente a lo que querían y la de pertenecer al último semestre de su carrera; toda las variables de salud (no contar con sistema de salud, limitaciones por problemas físicos o emocionales, presencia de dolor, historial familiar de enfermedad o trastorno psiquiátrico y diagnóstico de enfermedad), excepto historial familiar de trastornos neurológicos; y todas las variables psicométricas evaluadas: riesgo por consumo de sustancias (tabaco, alcohol, cannabis y sedantes), sintomatología depresiva, funcionamiento familiar, nivel de ansiedad, nivel de depresión e impulsividad estado. Sin embargo, algunas variables que originalmente no fueron incluidas propiamente como factores de riesgo, sino para describir la muestra, también resultaron tener una influencia significativa en el nivel de riesgo suicida al ser evaluadas individualmente mediante regresión lineal simple, como lo fueron: el pertenecer al turno matutino, una

variable no muy estudiada como tal, pero que puede estar relacionada tanto con aspectos fisiológicos estresantes (por ejemplo, tomar clases en ayuno o la falta de sueño reparador) como académicos (por ejemplo, posibles profesores con un nivel de exigencia académica mayor), aunque la razón de su influencia sobre el riesgo de suicidio no es clara, la evidencia de su participación invita a ser explorada con mayor profundidad en futuras investigaciones; otra variable poco común encontrada es la relacionada con no tener hermanos, aunque está reportada la importancia de la estructura familiar sobre el riesgo de suicidio, generalmente este concepto hace más referencia a la unión (o no) de padres o personas que cumplan esta función paternal (Blum *et al*, 2000; Fergusson *et al*, 2000), son pocos los estudios que evalúan la influencia de ser hijo único en relación al riesgo de suicidio y sus resultados muestran que en algunas poblaciones parece tener una afectación importante y en otras no (Casullo, Fernández & Contini, 2005), su importancia probablemente radica en el tipo de relación que se tiene y el apoyo que representa esta relación familiar.

El análisis multivariado (regresión lineal múltiple) utilizando los puntajes totales de las escalas, permitió evaluar el efecto de las variables encontradas como factores de riesgo (a partir del análisis univariado, regresión lineal simple) de manera conjunta, asignándoles su peso correspondiente en relación al aumento de nivel de riesgo de suicidio. Al realizar este análisis, algunas de las variables que de manera individual habían mostrado influir sobre el nivel de riesgo, perdieron significancia, es el caso de: las variables relacionadas con economía (acceso a internet, contar con celular propio), excepto la que habla sobre si se sostiene solo; si se encuentra estudiando la carrera deseada; en el aspecto de salud, no contar con acceso a sistemas de salud, limitaciones por problemas emocionales, la presencia de dolor, historial familiar de enfermedad, trastornos neurológicos y trastornos psiquiátricos; relacionado al consumo de sustancias, dejó de aparecer el consumo de alcohol y cannabis

como factor de riesgo; el nivel de ansiedad y la impulsividad estado también dejaron de ser significativas. El hecho de que estas variables, cuya influencia había sido identificada al estudiarse por separado, desaparecieran del modelo final de riesgo, se debe a que al interaccionar con el resto de factores evaluados, dejaron de tener un peso directo sobre el nivel de riesgo, es decir, que su afectación más bien se encontraba dirigida hacia alguna de las otras variables que permanecieron en el modelo y no con el nivel de riesgo directamente.

El modelo de riesgo suicida en estudiantes de enfermería y salud pública de la U.M.S.N.H. quedó conformado por la siguientes variables: el semestre, donde pertenecer a quinto aumentan en .188 el nivel de riesgo y .254 si se pertenece a séptimo, algo que ha sido reportado en la literatura y se ha asociado al aumento en la carga de trabajo en estos últimos semestres (Fan et al., 2012; González et al., 2005; Frank et al., 2006); el turno, que aumenta .300 el riesgo de suicidio si el estudiante toma clases por la mañana (turno matutino), no se ha encontrado reporte al respecto, pero posiblemente relacionado con situaciones fisiológicas estresantes o particularidades académicas de ese horario; el no contar con hermanos aumenta .575 el nivel de riesgo de suicidio, probablemente por la falta del apoyo que este o estos miembros pudieran brindar ante la adversidad o debido a la dinámica familiar que implica una estructura familiar sin hermanos (mayor presión y expectativas por parte de los padres), este factor parece tener una significancia cambiante dependiendo de la población en cuestión (Casullo, Fernández & Contini, 2005); contrario a lo que podría creerse, el sostenerse solo económicamente reduce el nivel de riesgo de suicidio en .285, esta evidencia indica que más que ser un factor de riesgo derivado del estrés de conseguir recursos económicos como se ha reportado (Fergusson, Woodward & Horwood, 2000), la independencia económica representa un bienestar que disminuye el nivel de riesgo, lo que coincide con aquellos estudios que consideran este factor dependiente de la ubicación geográfica (Congdon, 2012); sin una

explicación aparente, y sugiriendo la necesidad una investigación más profunda al respecto, el haber sufrido limitaciones físicas en las últimas semanas disminuye el nivel de riesgo de suicidio en .202, posiblemente asociado a un mayor apoyo familiar o social por esta situación, la inclusión de esta variable debe tomarse con cautela, es importante recordar que las limitaciones que reporta haber tenido no fueron lo suficientemente graves para impedirle asistir con normalidad a la escuela y contestar el tamizaje; tanto el consumo de tabaco como el de sedantes, aumentan el nivel de riesgo de suicidio (el primero .013 por cada punto en la escala de consumo de tabaco y el segundo .449 si lo han consumido en cualquier cantidad en los últimos meses), esto coincide con los reportes previos sobre su afectación (Borges et al, 2000; OMS, 2014); un buen funcionamiento familiar también disminuye el nivel de riesgo (-.044 por cada punto de la escala de función familiar), coincidiendo también con investigaciones previas sobre la importancia de este factor (Pérez-Amezcu et al, 2010; Sánchez-Sosa et al, 2010; Van Renen & Wild, 2008; González-Forteza et al, 2003); por último, tanto la sintomatología depresiva, como el nivel de depresión mostraron un aumento significativo en el nivel de riesgo de suicidio al estar presentes (.026 y .027 de aumento en el nivel de riesgo por cada punto en sus respectivas escalas) corroborando que en esta muestra la depresión es uno de los factores que más influyen en el fenómeno del suicidio, como ha sido ampliamente reportado (Angst, Angst & Stassen, 1999; Birmaher *et al*, 1996; Harris y Barraclough, 1999).

Este modelo de riesgo suicida basado en los puntajes totales de las pruebas psicométricas aplicadas, tuvo una bondad de ajuste (coeficiente de correlación) de $R^2 = .307$, lo que quiere decir, que este conjunto de variables analizadas, nos explican al rededor de un 30.7% del fenómeno de riesgo de suicidio. Una cantidad nada despreciable si se considera la complejidad del fenómeno, la enorme cantidad de posibles variables involucradas y la

dificultad para evaluarlas todas, así como la limitación de los métodos estadísticos para evaluar simultáneamente los diferentes planos en que las interacciones podrían afectar de el nivel de riesgo; por lo que prestar la atención necesaria a estos factores, podría reducir significativamente los niveles de riesgo en esta población.

La elaboración de un segundo modelo de riesgo, utilizando las categorías sugeridas por los manuales de las pruebas psicométricas utilizadas, tuvo una bondad de ajuste ligeramente menor ($R^2 = .294$) que el que hizo uso de los puntajes totales de las escalas, sin embargo, proporcionó información adicional y también surgieron algunas variantes respecto a los factores de riesgo incluidos: una diferencia importante es la no significancia estadística de la variable más polémica del modelo previo, la limitación por problema de salud como agente reductor del nivel de riesgo, por lo que en este modelo con categorías queda excluida, lo que refuerza la necesidad de ser más estudiada en el futuro para obtener información sobre su impacto; otra diferencia clave es que se suma el riesgo moderado y grave por consumo de cannabis como un factor que afecta directamente el nivel de riesgo de suicidio (aumenta .318 en estas condiciones), además de que este modelo especifica que en el caso de consumo de tabaco, la afectación en el nivel de riesgo de suicidio solo ocurre cuando se tiene un riesgo moderado y grave por consumo de esta sustancia (.172); en el caso de la función familiar, tanto una disfunción moderada como una grave aumentan el nivel de riesgo de suicidio (.277 y .508 respectivamente); en relación a la depresión, la sintomatología depresiva solo tiene influencia sobre el nivel de riesgo cuando es una elevación significativa de los síntomas depresivos (.549); y referente al nivel de depresión, tanto una depresión moderada como una grave aumentan significativamente el nivel de riesgo de suicidio (.295 y .652 respectivamente).

Conclusiones

El análisis descriptivo en la muestra conformada por estudiantes de la carrera técnica en Enfermería y la licenciatura en Salud Pública confirma la presencia de riesgo suicida en una cantidad importante de ellos. También se aprecia que esta muestra presenta, en diferentes porcentajes, todos los factores considerados de riesgo por la literatura que fueron evaluados durante el tamizaje.

Se identificaron los factores que influyen de manera individual sobre el nivel de riesgo de suicidio. Y haciendo uso del análisis multivariado, se elaboró un modelo de riesgo que incluyó aquellos que lo afectan de manera significativa en esta muestra. El modelo obtenido resultó significativo y cuenta con una adecuada bondad de ajuste. Incluye variables ampliamente reportadas por la bibliografía y algunas otras que normalmente no son consideradas y que deberían estudiarse más a fondo en el futuro. El segundo modelo, que sirve como complementario, aporta información práctica sobre los componentes de algunos de los factores de riesgo que tienen más impacto sobre el riesgo de suicidio.

Tanto el análisis descriptivo como los modelos propuestos, permiten tener un mejor panorama de la situación actual en esta población en relación al riesgo de suicidio y factores asociados, facilitando la identificación de aquellas situaciones que deben ser atendidas mediante estrategias preventivas en estos estudiantes el área de la salud; permitiendo así la disminución del riesgo de suicidio y de las problemáticas asociadas a los factores de riesgo.

La presente investigación aporta evidencia que apoya el planteamiento de que los factores de riesgo varían considerablemente entre las diferentes poblaciones, y que resulta de gran importancia su búsqueda e identificación, así como la elaboración de modelos que permitan comprender mejor el fenómeno dentro de las particularidades culturales, sociales, familiares e individuales de la población estudiada, con la intención de brindar una mejor atención y realizar un mejor abordaje de la problemática.

Referencias

- Angst, J., Angst, F. & Stassen, H. H. (1999). Suicide risk in patients with Major Depressive Disorder. *J Clin Psychiatry*, 60, 57-62.
- Baláz, J., Miklósi, M., Keresztény, A., Hoven, C. W., Carli, V., Wasserman, C., et al. (2013). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54 (6), 670-677.
- Baldassin, S., Correa de Toledo, T., Guerra de Andrade, A. & Nogueira, L. A. (2008). The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 8 (60).
- Berman, A. L. & Jobes, D. A. (1994). Treatment of the suicidal adolescence. *Death Studies*, 18, 375-389.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J. & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35 (11), 1427-1439.
- Blum, R. W., Beuhring, T., Shew, M. L., Bearinger, L. H., Sieving, R. E. & Resnick, M. D. (2000). The Effects of Race/Ethnicity, Income, and Family Structure on Adolescent Risk Behaviors. *American Journal of Public Health*, 90 (12), 1879-1884.

- Bobes-García, J., González-Seijo, J., Sáiz-Martínez, P. A. (1997). Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. *Psiquiatría Médica*. Editorial Masson.
- Borges, G., Medina-Mora, M. A., Orozco, R., Ouéda, C., Villaforo, J. & Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32, 413-425.
- Borges, G., Walters, E. & Kessler, R. (2000). Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *Am J Epidemiol*, 151, 781-789.
- Borowsky, I. W., Resnick, M. D., Ireland, M. & Blum, R. W. (1999). Suicide Attempts Among American Indian and Alaska Native Youth: Risk and Protective Factors. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 153, 573-580.
- Brent, D. A. (1987). Correlates of the medical lethality of suicide attempts in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 87-91.
- Brent, D. A. & Mann, J. J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics Part C*, 133, 13-24.
- Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T. & Chiappetta, L. (1999). Age and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1497-1505.

- Bridge, J. A., Goldstein, T. R. & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 3, 372-394.
- Casullo, M. M., Fernández, M. & Contini de Gonzáles, N. (2005). Estudio comparativo sobre adolescentes en riesgo suicida. *Investig. Psicol*, 10 (3):21-36.
- Chávez- Hernández, A. M. & Leenaars, A. A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*, 33 (4), 355-360.
- Chioqueta, A. P. & Stiles, T. C. (2007). Cognitive factors, Engagement in Sport, and Suicide Risk. *Archives of Suicide Research*, 11, 375-390.
- Choi, J., Yu, M. & Kim, K. (2015). Suicidal ideation in adolescents: A structural equation modeling approach. *Nursing and Health Sciences*, 17 (1), 117-125.
- Chu, J. P., Goldblum, P., Floyd, R. & Bongar, B. (2010). The cultural theory and model of suicide. *Applied and Preventive Psychology*, 14, 25-40.
- Congdon, P. (2012). Latent variable model for suicide risk in relation to social capital and socio-economic status. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47, 1205-1219.
- Díaz-Suárez, J., Bousoño, M. & Bobes, J. (2004). Concepto y clasificación de los comportamientos suicidas. *Comportamientos suicidas, prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars médica. pp. 1-10.

- Durkheim, E. (2000). *El suicidio*. México. Sexta edición. Coyoacán Ed.
- Espinoza-Gómez, F., Zepeda-Pamplona, V., Bautista-Hernández, V., Hernández-Suárez, C. M., Newton-Sánchez, O. A. & Plasencia-García, G. (2010). Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud pública de México*, 52 (3), 213-219.
- Fan, A. P., Kosik, R. O., Mandell, G. A., Tran, D. T., Cheng, H., Chen, C. H., Su T. & Chiu, A. (2012). Suicidal Ideation in Medical Students: Who Is at Risk?. *Annals Academy of Medicine*, 41 (9), 377-382.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1365-1374.
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J. & Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life processes associates with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30, 23-39.
- Frank, E., Carrera, J., Elon, L. & Hertzberg, V. (2006). Basic Demographics, Health Practices, and Health Status of U. S. Medical Students. *American Journal of Preventive Medicine*, 31 (6), 499-505.

- Garofalo, R., Wolf, C., Wisson, L. S., Woods, E. R. & Goodman, E. (1999). Sexual Orientation and Risk of Suicide Attempts Among a Representative Sample of Youth. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 153, 487-493.
- Goebert, D., Thompson, D., Takeshita, J., Beach, C., Bryson, P., et al. (2009). Depressive symptoms in Medical Students and Residents: A Multischool Study. *Academic Medicine*, 84 (2), 236-241.
- Goldston, D. B., Daniel, S. S., Reboussin, D. M., Reboussin, B. A., Frazier, P. H. & Kelley, A. E. (1999). Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: A prospective naturalistic study of risk during the first 5 years after discharge. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 38, 660-671.
- González, C., Mejía, M., Angulo, L. & D'Avila, M. (2005). Funcionalidad familiar, estrato socio-económico y red de apoyo social de los residentes de postgrado de la facultad de medicina de la universidad de los Andes. Mérida. Venezuela. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes*, 17 (1-4), 26-30.
- González-Firteza, C., Ramos-Lira, L., Vignau-Brambila, L. E. & Ramírez-Villareal, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24 (6), 16-25.
- González-Forteza, C., Ramos-Lira, L., Caballero-Gutiérrez, M. A. & Wagner-Echeagarray, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15 (4), 524-532.

- González-Forteza, C., Wagner-Echeagaray, F. A. & Jiménez-Tapia, A. (2012). Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico. *Salud Mental*, 35, 13-20.
- Gould, M. S. (2001). Suicide and the media. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932, 200-221.
- Gould, M. S., King, R., Greenwald, S., Fisher, P., Schwab-Stone, M., Kramer, R., et al. (1998). Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 915-923.
- Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Fehon, D. C., Lipschitz, D. S., Martino S. & McGlashan T. H. (1999). Correlates of Suicide Risk in Adolescent Inpatients Who Report a History of Childhood Abuse. *Comprehensive Psychiatry*, 40 (6), 422-428.
- Gutierrez-García, A. G., Contreras, C. M. & Orozco-Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29 (5), 66-74.
- Gutierrez, P. M., Rodríguez, P. J. & García, P. (2000). Suicide risk factors for young adults: testing a model across ethnicities. *Death Studies*, 25, 319-340.

- Hallfors, D. D., Waller, M. W., Ford, C. A., Halpern, C. T., Brodish, P. H. & Iritani, B. (2004). Adolescent Depression and Suicide Risk: Association with Sex and Drug Behavior. *Am J Prev Med*, 27 (3), 224-231.
- Harris, E. C. & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 170, 205-228.
- Hernández, Q. & Lucio, E. (2003). Detección del Riesgo Suicida en Adolescentes Mexicanos. Trabajo presentado en el IV Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica, Lima, Perú.
- Hovey, J. D. & King, C. A. (1997). Suicidality among acculturating Mexican Americans: Current knowledge and directions for research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27, 92-103.
- Iribarren, M. M., Jiménez-Giménez, M., García-de Cecilia, J. M. & Rubio-Valladolid, G. (2011). Validación y Propiedades Psicométricas de la Escala de Impulsividad Estado (EIE). *Actas Esp Psiquiatr*, 39 (1), 49-60.
- Ishii, N., Terao, T., Araki, Y., Konho, K., Mizokami, Y., Arasaki, M. & Iwata, N. (2013). Risk factors for suicide in Japan: A model of predicting suicide in 2008 by risk factors of 2007. *Journal of Affective Disorders*, 147, 352-354.

- Isometsä, E. T., Henriksson, M. M., Heikkinen, M. E. Aro, H. M., Marttunen, M. J., Kuoppasalmi, K. I. Et al. (1996). Suicide among subjects with personality disorders. *Am J Psychiatry*, 153, 667-673.
- Joffre-Velázquez, V. M., Martínez-Perales, G., García- Maldonado, G. & Sánchez-Gutiérrez de Lara, L. (2007). Depresión en estudiantes de medicina. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión de 13 ítems. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 16 (14), 86-93.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Rodgers, B., Jacomb, P. A. & Christensen, H. (2002). Secual orientation and mental health: results from community survey of young and middle-aged adults. *Journal of Psychiatry*, 180, 423-427.
- Kaplan, H. I. & Sadock B. J. (1999). Sinopsis de Psiquiatría. Octava edición. 983-992.
- Khan, A., Leventhal, R. M., Khan, S. & Brown, W. A. (2002). Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *J Affec Disorders*, 68, 183-190.
- Kral, M. J. & Sakinofsky, I. (1994). Clinial model for suicide risk assessment. *Death Studies*, 18, 311-326.
- Konick, L. & Gutierrez, P. (2005). Testing a Model of Suicide Ideation in College Students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35 (2), 181-192.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Friend, J. & Powell, A. (2009). Adolescent suicide, gender, and culture: A rate and risk factor analysis. *Aggresion and Violent Behavior*, 14, 402-414.

- Magán, I., Sanz, J., García-Vera, M. P. (2008). Psychometric Properties of a Spanish Version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in General Population. *The Spanish Journal of Psychology*, 11 (2), 626-640.
- Mann, J. J., Oquendo, M., Underwood, M. D. & Arango, V. (1999). The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. *J Clin Psychiatry*, 60, 7-11.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L. & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*, 156, 181-189.
- Metha, A., Chen, E., Mulvenon, S. & Dode, I. (2007). A theoretical model of adolescence suicide risk. *Archives of suicide research*, 4 (2), 115-133.
- Miró, E. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Segunda edición. Editorial Masson, 675-684.
- Molnar, B. E., Berkman, L. F., & Buka, S. L. (2001). Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: Relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychological Medicine*, 31, 237-252.
- Morano, C. D., Cisler, B. A. & Lemerond, J. (1993). Risk factors for adolescent suicidal behavior: Loss, insufficient familiar support, and hopelessness. *Adolescence*, 28, 1-112.

Ocampo, R., Bojorquez, I. & Cortés, M. (2009). Consumo de sustancias y suicidios en México: Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006. *Salus pública de México*, 51 (4), 306-313.

OECD (2014). *Suicides*, OECD Factbook 2014: Economics, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing, Paris. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2014-99-en>.

OMS (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) Manual para uso en la atención primaria*. Organización Panamericana de la Salud. Estados Unidos. Pp.68.

OMS (2014). *Prevención del suicidio: Un imperativo global*. Disponible en http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/

OMS (2014a). *Global Health Estimates 2014 Summary Tables: Deaths by Cause, Age and Sex: 2000-2012*. Disponible en http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html

Patterson, A. A. & Holden, R. R. (2012). Psychache and Suicide Ideation among Men Who Are Homeless; A Test of Shneidman's Model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42 (2), 147-156.

Pérez-Amezcu, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E., Castro, F., Leyva-López, A. & Chávez-Ayala, R. (2009). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en

adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud pública de México*, 52 (4), 324-333.

Pérez, B., Rivera, L., Atienzo, E., de Castro, F., Leyva, A. & Chávez, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud Pública de México*, 52 (4), 324-333.

Pinhey, T. K. & Millman, S. R. (2004). Asian/Pacific Islander Adolescent Sexual Orientation and Suicide Risk in Guam. *American Journal of Public Health*, 94 (7), 1204-1206.

Qin, P., Agerbo, E. & Mortensen, P. (2003). Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register-Based Study of All Suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry*, 160 (4), 765-772.

Qin, P., Agerbo, E. & Mortensen, P. B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *The Lancet*, 360, 1126-1130.

Qin, P., Agerbo, E., Weastergaard-Nielsen, N., Eriksson, T. & Mortensen, P. B. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry*, 177, 546-550.

Ramey, H. L., Busseri, M. A., Khanna, N., Hamilton, Y. N., Ottawa, R. A. & Rose-Krasnor, L. (2010). Youth Engagement and Suicide Risk: Testing a Mediated Model in a Canadian Community Sample. *J Youth Adolescence*, 39, 243-258.

- Remafedi, G., French, S., Story, M., Resnick, M. & Blum, R. (1998). The Relationship between Suicide Risk and Sexual Orientation: Results of a Population-Based Study. *American Journal of Public Health*, 88 (1), 57-60.
- Rich, A. R., Kirkpatrick-Smith, J., Bonner, R. L. & Jans, F. (1992). Gender differences in the psychological correlates of suicidal ideation among adolescents. *Suicide Life-Threat Behav*, 22 (39), 364-373.
- 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 and Adolescent Psychiatry*, 34, 81-90.
- Roy, A., Nielsen, D., Rylander, G., Sarchiapone, M. & Segal, N. (1999). Genetics of suicide in depression. *J Clin Psychiatry*, 60, 12-17.
- Russell, S. T. & Joyner, K. (2001). Adolescent Sexual Orientation and Suicide Risk: Evidence From a National Study. *American Journal of Public Health*, 91 (8), 1276-1281.
- Sánchez-Sosa, J. C. (2009). Un modelo explicativo de conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados. (Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Nuevo León). Disponible en: <http://www.uv.es/lisis/gonzalo/tesis-rey.pdf>

- Sánchez-Sosa, J., Villareal-González, M. E., Musitu, G. & Martínez-Ferrer, B. (2010). Ideación suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 19 (3), 279-287.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Kerhof, A., Bjerke, T., Crepet, P. et al. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 93, 327-338.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., et al. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 339- 348.
- Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide*. Nueva York. John Wiley & Sons.
- Shneidman, E. (1996). *Final thoughts and reflections. The suicidal mind*. Nueva York. Oxford University Press. Pp. 157-166.
- SINAIS (2008). Principales causas de mortalidad general por entidad federativa: 2008. Disponible en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/e_mortalidadgeneral.html.
- Stanley, I., Horowitz, L., Bridge, J., Wharff, E., Pao, M. & Teach, S. (2016). Bullying and Suicide Risk Among Pediatric Emergency Department Patients. *Pediatric Emergency Care*, 32 (6), 347-351.

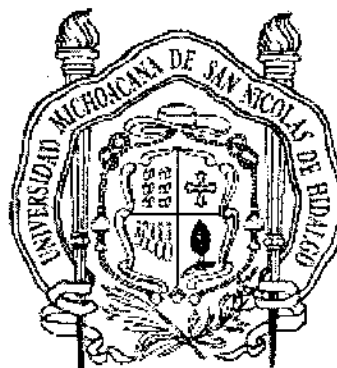
- Stoelb, M. & Chiriboga, J. (1998). A process model for assessing adolescent risk for suicide. *Journal of Adolescence*, 21, 359-370.
- Suokas, J., Suominen, K., Isometsä, E., Ostamo, A. & Lönnquist, J. (2001). Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide. Findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*, 104, 117-121.
- Tracey, P., Roberts, L. & Buzdugan, R. (2008). Suicidal Ideation among Canadian Youth: A Multivariate Analysis. *Archives of Suicide Research*, 12 (3), 263-275.
- Toro, D., Paniagua, R., Gonzáles, C. & Montoya, B. (2006). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 27 (3), 302-308.
- Van Ren, L. & Wild, L. (2008) Family functioning and suicidal ideation/behaviour in adolescents: a pilot study. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 20, 111-121.
- Vázquez-Vega, D., Piña-Pozas, M., González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, A. & Mondragón-Barrios, L. (2015). La investigación sobre suicidio en México en el periodo 1980-2014: análisis y perspectivas. *Conducta suicida*, 25, 62-69.
- Wan, G. & Leung, P. (2010). Factors accounting for youth suicide attempt in Hong Kong: a model building. *Journal of adolescence*, 33, 575-582.

Wiebe, D. J. (2003). Homicide and suicide risk associated with firearms in the home: A national case-control study. *Annals of Emergency Medicine*, 41, 771-782.

Anexos

Inicio.

Te damos la bienvenida a este tamizaje (screening) de salud, integrado especialmente para universitarios por el Dr. Quetzalcóatl Hernández Cervantes (Escuela de Enfermería y Salud Pública) y el Dr. Jesús Alveano Hernández (Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas) como parte del proyecto "Evaluación de la efectividad de una estrategia de intervención para depresión y riesgo suicida en universitarios" aprobado por la Coordinación de Investigación Científica de la UMSNH para el periodo 2014-2016.



El propósito de esta serie de preguntas divididas en varias secciones es conocer más sobre tu salud y poder así diseñar estrategias de prevención e intervención oportunas para ti y el resto de la comunidad universitaria a la que perteneces.

Confidencialidad.

- Toda la información que nos proporciones es **privada y confidencial**, como lo marca el Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (y al cual nos adherimos completamente).
- Puede ser que un integrante del proyecto te contactara si se necesita información adicional acerca de tus respuestas, así como en caso de que pueda haber información de que tu salud/integridad o la de alguien más esté en riesgo, como puede ser ante el riesgo de suicidio.
- La anterior es la **única excepción** al acuerdo de confidencialidad pues se antepone tu integridad física y emocional o la de otros alrededor de ti en la realización de este tipo de evaluaciones.

Conexión segura.

- Además de que todas tus respuestas son privadas, el envío de información a nuestros servidores es **SEGURO**. A través de una conexión https todos tus datos se encriptan para que no pueda ser interceptados por intrusos.
- Esto lo puedes verificar en la barra de direcciones de tu navegador web, donde aparece el certificado de seguridad de nuestro servidor:

 Problem Free Ltd [GB] <https://kwiksurveys.com/app/>

Recomendaciones

Por favor:

- cada encuesta es un proceso personal e individual, por lo que te pedimos que contestes **EN SILENCIO y NO COMENTES** las preguntas o respuestas mientras estás completando este tamizaje o screening. Tanto tu privacidad como la de los demás al responder es valiosa e indispensable;
- si tienes alguna duda respecto a las preguntas, frases o palabras empleadas, con toda confianza pregunta. Levanta la mano y uno de los integrantes del proyecto con mucho gusto te orientará hasta tu lugar;
- **NO DEJES NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER**, aún si crees que no apliquen en tu caso. **No hay respuestas buenas ni malas**, ni sanciones ni calificación alguna.

Consentimiento informado.

La participación en este tamizaje de salud es completamente **VOLUNTARIA** y si decides no participar no implica medida disciplinaria alguna.

El presente proyecto forma parte de las funciones de enseñanza e investigación propias de la UMSNH y los datos obtenidos del presente tamizaje pueden llegar a ser empleados en foros académicos o revistas científicas. No obstante, **todos los datos proporcionados son de carácter confidencial y no se revelará bajo ninguna circunstancia información** que pueda llevar a la identificación del alumno participante ni del plantel donde actualmente estudia.

En la siguiente página te pedimos tus datos generales y al final la opción para continuar o declinar, y que en conjunto constituyen tu consentimiento informado (autorización) para completar el tamizaje.

Identificación y consentimiento.

Identificación

Toda la información aquí proporcionada es **confidencial** y solamente el equipo de investigación procesará y resguardará tus respuestas.

Te recordamos que el envío del formulario se hace a través de una **conexión segura (https)**, por lo que tus respuestas se encriptan a nuestro servidor para proteger tu identidad y salvaguardar la confidencialidad de todos tus datos y respuestas.



Nombre:	
Apellido paterno	
Apellido materno	
Nombre (s)	

Sexo:	
Hombre	
Mujer	

Edad en años cumplidos (solo el número, sin la palabra 'años'):

Fecha de nacimiento:	
Día	
Mes	
Año	

¿En qué programa estás inscrito?	
Enfermería nivel técnico	
Salud Pública tronco común	
Salud Pública terminal en Salud Comunitaria	
Salud Pública terminal en Salud Familiar	
Salud Pública terminal en Salud Mental	
Odontología	
Psicología	
QFB	
Enfermería licenciatura	
Medicina	
Nutrición	
Otro (por favor especifica)	

¿Qué semestre/cuatrimestre o año cursas actualmente?	
Primero	
Segundo	
Tercero	
Cuarto	
Quinto	
Sexto	
Séptimo	
Octavo	
Noveno	
Décimo	
Otro (por favor especifica)	

¿Cuál es tu sección?	
Sección única	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
Otra sección (por favor especifica)	

¿En qué turno estás?	
Matutino	
Vespertino	
Mixto	
Otro (por favor especifica)	

Estado civil:	
Soltero (a)	
Casado (a)	
Unión libre	
Divorciado (a)	
Separado (a)	
Viudo (a)	

Contacto (es indispensable que agregues una cuenta válida de correo electrónico).	
Celular (LADA y número, sin guiones)	
Casa (LADA y número, sin guiones)	
Correo electrónico	
Correo electrónico (confirma el que pusiste arriba)	

Matrícula. Este dato servirá para validar tus respuestas en las diferentes secciones de la encuesta.

Consentimiento informado.

Acuerdo de participación y consentimiento informado.	
Sí, estoy de acuerdo. Entiendo la información de la página de inicio y estoy de acuerdo en participar en este tamizaje.	
No, no estoy de acuerdo. Entiendo la información de la página de inicio y declino participar en este tamizaje.	

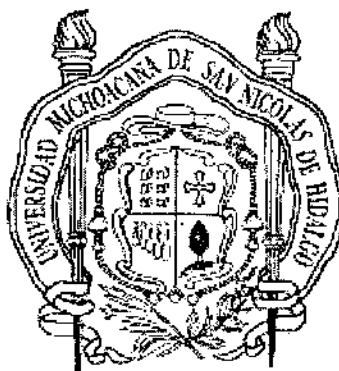
Por favor, anota la hora actual con minutos (p. ej., "10:45" solamente, sin otras palabras como hrs, pm o am, etc.)

Origen



1) Respecto a tu lugar de origen o residencia:	
Soy de Morelia	
Soy/vengo de otro municipio y/o Estado.	

Origen (cont)



¿De qué municipio y/o Estado eres o vivías antes de venir a estudiar a Morelia?	
Municipio:	
Entidad federativa (si es diferente a Michoacán):	

Respecto a tu familia o las personas con las que vivías antes de venir a Morelia:	
Los extraño mucho, me ha costado o me cuesta trabajo estar sin ellos	
Los extraño mucho aunque me estoy acostumbrando	
En ocasiones los extraño, pero en general me va bien	
Me está gustando vivir en otro lugar y/o no extraño a mi familia o las personas con las que vivía	
Quería salir de mi localidad y/o estar sin mi familia o las personas con las que vivía	

Vivienda

Lugar de origen y situación actual de vivienda.



2) Actualmente vives en: <i>Si vienes de otro lado especifica dónde vives mientras estas aquí en Morelia.</i>	
Rento un cuarto (individual)	
Rento un cuarto (compartido)	
Vecindad	
Departamento propio	
Departamento rentado	
Casa propia	
Casa rentada	
Unidad habitacional o casa en condominio horizontal (p. ej., INFONAVIT FOVISSTE)	
Casa en terreno familiar	
Casa de estudiante	
Otro tipo de vivienda (por favor especifica)	

3) Vivo con (selecciona todas las que apliquen):

Recuerda, si vienes de otra localidad contesta de acuerdo a con quién vivas mientras estás en la escuela aquí en Morelia.

Mi padre	
Mi madre	
Mis abuelos	
Mis hermanos	
Mis tíos	
Mi(s) medio(s) hermano(s)	
Mi madrastra	
Mi padrastro	
Mis hermanastros (as)	
Padres adoptivos o tutores	
Con otras personas (amigos, primos, compañeros de la escuela, etc.)	
Con mi pareja y/o hijos	
En casa de estudiante	
Vivo solo	
Otros (por favor especifica)	

4) En cuanto al tamaño del lugar donde vives (incluyendo casa de estudiante y si vienes de fuera mientras estás aquí en Morelia), tu piensas que:

Les sobra espacio	
Hay suficiente espacio para todos	
Están un poco amontonados	
Están amontonados	
Están muy amontonados	

Familia



5) El número de mis hermanos es (sin incluirte):	
No tengo hermanos	
Uno	
Dos	
Tres	
Cuatro	
Cinco	
Seis o más	

6) El lugar que ocupo entre mis hermanos es:	
Soy el mayor	
El de en medio	
Soy el menor	
Soy hijo único	
Soy gemelo	
Soy de los mayores	
Soy de los menores	

7) ¿Cuál es la edad de tu padre?	
No sé	
Menos de 30	
Entre 30 y 40	
Entre 41 y 50	
Entre 51 y 60	
Mayor de 61	
Mi padre ya falleció	

8) ¿Cuál es el estado civil de tu padre?	
Casado	
Divorciado/soltero	
Viudo	
Separado	
Unión libre	
Se volvió a casar	
No sé, no lo conocí	

9) ¿Cuáles son los estudios de tu padre?	
No estudió	
Primaria	
Secundaria/ Escuela técnica	
Preparatoria, bachillerato o bachillerato técnico	
Licenciatura/Escuela normal	
Posgrado (especialidad, maestría, doctorado)	
No sé/ no lo conocí	
Otros (por favor especifica)	

10) ¿Cuál es la ocupación de tu padre? Si él ya no vive, ¿cuál era su ocupación?	
Obrero/campesino	
Empleado	
Profesionista	
Empresa o negocio propio	
Trabajador eventual o temporal (a veces sí, a veces no trabaja)	
Desempleado	
No sé, no lo conocí	
Otra (por favor especifica)	

11) ¿Cuál es la edad de tu madre?	
No se	
Menos de 30	
Entre 30 y 40	
Entre 41 y 50	
Entre 51 y 60	
Mayor de 61	
Mi madre ya falleció	

12) ¿Cuál es el estado civil de tu madre?	
Casada	
Divorciada/soltera	
Viuda	
Separada	
Unión libre	
Se volvió a casar	
No sé/no la conocí	

13) ¿Cuáles son los estudios de tu madre?	
No estudió	
Primaria	
Secundaria/ Escuela técnica	
Preparatoria, bachillerato o bachillerato técnico	
Licenciatura/Escuela normal	
Posgrado (especialidad, maestría, doctorado)	
No sé/no la conocí	
Otros (por favor especifica)	

14) ¿Cuál es la ocupación de tu madre? Si ella ya no vive, ¿cuál era su ocupación?	
Obrera/campesina	
Empleada/trabajadora doméstica	
Profesionista	
Empresa o negocio propio	
Trabajadora eventual (a veces sí, a veces no trabaja)	
Ama de casa	
Desempleada	
No sé/no la conocí	
Otros (por favor especifica)	

Expectativas académicas



15) La carrera que actualmente cursas, ¿es la que querías estudiar?	
Sí	
No. ¿Qué querías estudiar?	

16) En tus estudios, tus padres o tutores esperan que:	
Te cambies a otra carrera universitaria que te guste	
Termine la carrera que actualmente cursas	
Termine un posgrado (especialidad, maestría, doctorado)	
Dejes la escuela y te pongas a trabajar	
Termine el nivel donde estas ahora o dejes de estudiar para después emigrar a otro país (como Estados Unidos, por ejemplo)	
No esperan nada de mí	

17) En tus estudios, TU esperas	
Cambiarte a otra carrera universitaria que te guste	
Terminar la carrera que actualmente cursas	
Terminar un posgrado (especialidad, maestría, doctorado)	
Dejar la escuela y ponerte a trabajar	
Terminar el nivel donde estás ahora o dejar de estudiar para después emigrar a otro país (como Estados Unidos por ejemplo)	
No espero nada de mi	

Antecedentes escolares



18) Por lo regular la escuela a la que he asistido (o la anterior a la actual) ha sido:	
Pública	
Privada	
Religiosa o de religiosos	
De sistema abierto	
Internado o medio internado	
Militar o militarizada	
Otra (por favor especifica)	

19) ¿Cuál es tu promedio actual en calificaciones o cuál fue en el último periodo (semestre, año, etc.) <i>Si no lo recuerdas con exactitud, aproximadamente</i>	
10	
9	
8	
7	
6	
5 o menos	
Estoy repitiendo año/semestre por una materia	
Estoy repitiendo año/semestre por más de una materia	

20) PRINCIPALMENTE, ¿en qué tipo de actividades participas o has participado con mayor frecuencia?	
Deportivas	
Sociales o recreativas	
Musicales	
Culturales	
Religiosas	
Académicas (cursos de inglés, taller de literatura, regularización de física o matemáticas entre otras)	
No participo en actividades extraescolares	
Otras (por favor especifica)	

Salud

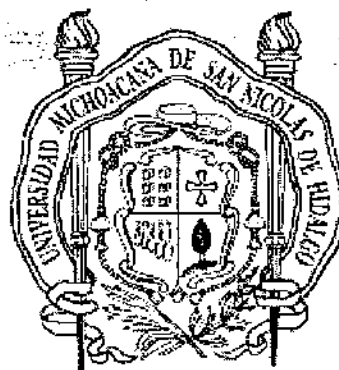


21) Cuando te enfermas, generalmente acudes a (o haces uso de):	
IMSS	
ISSSTE	
Centro de Salud (SSA) u hospital público	
Seguro Popular	
SEDENA	
Consultorio médico en farmacia de similares o genéricos	
Médico/especialista particular; clínica u hospital privado	
Seguro médico privado	
Homeopatía	
Ayuda no médica (por ejemplo, huesero, curandero, hierbero, etc.)	
Suelo auto medicarme	
Otro tipo de servicio (por favor especifica)	

Salud A

Las preguntas que siguen se refieren a lo que piensas sobre tu salud. Esto nos permitirá saber cómo te encuentras y hasta qué punto eres capaz de hacer tus actividades habituales.

Si no estás seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor contesta lo que te parezca más acertado.



22) En general, tu dirías que tu salud es:	
Excelente	
Muy buena	
Buena	
Regular	
Mala	

23) Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que podrías hacer en un día normal. Tu salud actual ¿te limita para hacer estas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?			
	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada
Esfuerzos moderados, como mover una mesa, hacer limpieza, hacer deporte o caminar más de 1 hora			
Subir varios pisos por la escalera			

24) Durante las últimas cuatro semanas, ¿has tenido alguno de los siguientes problemas en la escuela o en tus actividades cotidianas a causa de tu salud física ?		
	Si	No
Hice menos de lo que hubiera querido hacer		
Tuve que dejar de hacer algunas tareas, actividades de la escuela, o actividades cotidianas		

25) Durante las últimas cuatro semanas, ¿has tenido alguno de los siguientes problemas en la escuela o en tus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, nervioso o ansioso)?		
	Si	No
Hice menos de lo que hubiera querido hacer		
No hice mi trabajo, mis tareas o actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre		

26) Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor te ha dificultado tu trabajo habitual (incluida la escuela, el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	
Nada	
Un poco	
Regular	
Bastante	
Mucho	

27) Las preguntas que siguen se refieren a cómo te has sentido y cómo te ha ido durante las 4 últimas semanas. ¿Cuánto tiempo...						
	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
te sentiste calmado y tranquilo?						
tuviste mucha energía?						
te sentiste desanimado y triste?						

28) Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales te han dificultado tus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre

Casi siempre

Algunas veces

Sólo alguna vez

Nunca

29) EN EL ÚLTIMO MES:

¿Tuviste problemas para ver el pintarrón, pizarrón o pantalla de proyección?

No

Sí

Salud A_1



¿Usas lentes?

Sí

No

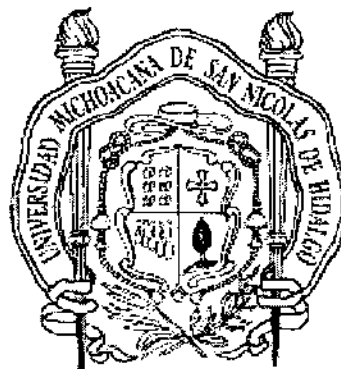
¿Has consultado a un oftalmólogo u optometrista ante esta dificultad de visión?

Sí

No

Salud B

EN EL ÚLTIMO MES:



30) ¿Has tenido problemas del oído o para oír?	
No	
Sí	

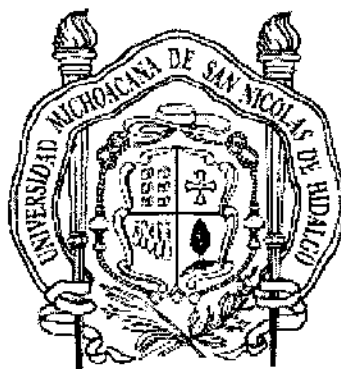
Salud B_1



¿Has consultado a un médico u otorrino ante esta dificultad de audición?	
Sí	
No	

Salud C

EN EL ÚLTIMO MES:



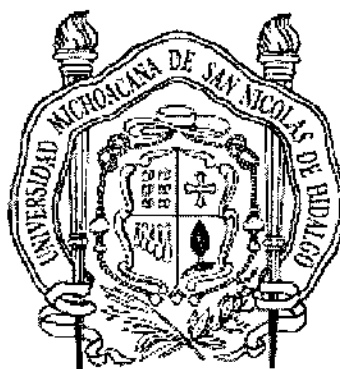
31) ¿Tuviste dolor de muelas o problemas con piezas dentales?	
No	
Sí	

Salud C_1



¿Has consultado a un odontólogo ante estas molestias?	
Sí	
No	

Salud D



32) Sobre tu peso y talla (si no los sabes con exactitud, aproximadamente):	
¿cuánto mides en centímetros? (no insertes espacios ni uses punto, p. ej.: 165)	
¿cuánto pesas en kilogramos? (sin espacios, en valor cerrado, p. ej.: 58)	
33) En tus padres y/o hermanos, ¿hay antecedentes de trastornos neurológicos? Por ejemplo, demencia, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, entre otros.	
No	
Sí (por favor, especifica)	

34) En tus padres y/o hermanos, ¿hay antecedentes de trastornos psiquiátricos o enfermedad mental? Por ejemplo, alcoholismo, depresión, ansiedad, esquizofrenia, entre otros.

No

Sí (por favor, especifica)

35) En tus padres y/o hermanos, ¿hay otros antecedentes de enfermedad o trastorno? Por ejemplo, diabetes, hipertensión, cáncer, obesidad, insuficiencia renal, entre otros.

No

Sí (por favor, especifica)

36) Actualmente en ti, ¿hay algún diagnóstico o sospecha de trastorno, enfermedad o condición neurológica, psiquiátrica, física, congénita, crónica, etc.?

No

Sí (por favor, especifica)

Si tu respuesta fue afirmativa, ¿estás recibiendo tratamiento médico y/o farmacológico?

No hay diagnóstico ni sospecha de enfermedad/trastorno.

Sí, estoy en tratamiento.

No estoy recibiendo tratamiento para lo que me ocurre.

Otra situación (por favor, especifica)

Servicios



37) En el lugar donde vives cuentas con el servicio de:	
Servicio de TV de paga por cable	
Servicio de TV por satélite	
Sin servicio de TV de paga, sólo los canales libres	
No tenemos TV	
Otro (por favor especifica)	

38) ¿Tienes computadora portátil (laptop)?	
No	
Sí, enteramente de uso personal	
Sí, pero la comparto con alguien más (hermano, primo, etc.)	

39) Sobre el acceso a internet, ¿de qué tipo es tu conexión?	
No tengo computadora ni acceso a internet	
Tengo computadora (de escritorio y/o portátil) pero no tengo acceso a internet en casa ni tampoco acudo a otros sitios para conectarme	
Acudo a un café internet o cibercafé para tener acceso	
Conexión alámbrica o inalámbrica en donde vives	
Llevo mi computadora portátil a sitios de internet públicos o WiFi	

40) ¿Cuentas con servicio de telefonía celular propio?	
No	
Sí, mediante tarjeta de pre-pago aunque no siempre tengo crédito/saldo	
Sí, mediante tarjeta de pre-pago y generalmente tengo crédito/saldo	
Sí, mediante tarjeta de pre-pago y siempre tengo crédito/saldo	
Sí, mediante plan de renta mensual (pos-pago)	

41) ¿Qué tipo de transporte utilizas regularmente para ir a la escuela?	
Llego a la escuela a pie o en bici	
Motocicleta	
Taxi	
Una ruta de camión o combi	
Dos o más vías de transporte público (uno o más transbordos)	
Me llevan en auto	
Uso mi propio coche	
Otro (por favor especifica)	

Economía



42) Principalmente, ¿quién te sostiene económicamente o quién aporta más?	
Mi papá	
Mi mamá	
Padre y madre por igual	
Un hermano (a)	
Uno de mis abuelos/tío (a)	
Padrastro o madrastra	
Mi pareja/mi pareja y yo	
Me mantengo solo	
Otro (por favor especifica)	

43) Actualmente, ¿trabajas?	
No, solamente estudio.	
No, pero estoy buscando o pretendo trabajar el próximo semestre/ciclo escolar.	
Sí, estudio y trabajo. Por favor anota en qué y cuántas horas al día/semana:	

44) ¿Cuánto te dan o dispones tú para gastar AL DÍA cuando vienes a la escuela?	
Nada	
De \$1 a \$10	
De \$11 a \$20	
De \$ 21 a \$50	
De \$51 a \$80	
De \$81 a \$100	
Más de \$100	

Etnicidad



45) Dentro de nuestra naturaleza multicultural, ¿perteneces o te identificas con algún grupo étnico? Por ejemplo, nahua, purépecha, mixteco, zapoteco, tzotzil, etc.	
No	
Sí	
Prefiero no compartir esta información	

Etnicidad_A

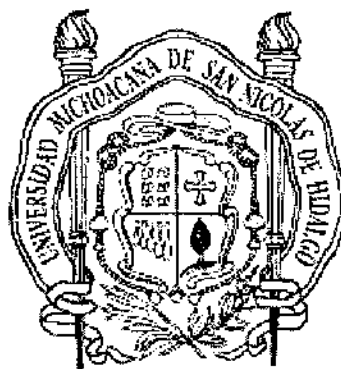


¿Con cuál grupo étnico te identificas?	
Prefiero no compartir esta información	
Con este:	

Además de pertenecer o identificarte con un grupo étnico, ¿conoces el idioma de tal etnia?	
Sí	
No	
Prefiero no compartir esta información	

Si tu respuesta fue afirmativa a la pregunta anterior, ¿en qué porcentaje lo...	
entiendes?	
hablas?	
lees?	
escribes?	

Religión y espiritualidad



46) Dentro de los factores de riesgo y protección en diferentes temas de salud, uno poco estudiado es el de la espiritualidad y/o religiosidad.

¿Qué término consideras que mejor te describiría en este sentido?

Ateo	
Agnóstico	
Espiritual	
Creyente	
Religioso	
Ninguno de los anteriores.	
Prefiero no contestar.	
Otro (por favor, especifica)	

OPCIONAL. Si en la pregunta anterior tu respuesta fue diferente a 'ninguno' o 'prefiero no contestar', ¿podrías brevemente compartimos por qué te describes así?

Por ejemplo, si elegiste *espiritual*, ¿por qué te consideras o qué te hace una persona espiritual?

--

47) ¿Te identificas con algún culto, credo o religión?

Sí.	
No.	
Prefiero no contestar.	

OPCIONAL. Si tu respuesta fue afirmativa y deseas compartir esa información (católico, adventista, protestante, etc.), puedes anotarlo aquí:

--

Sección II

Validación de la segunda sección:

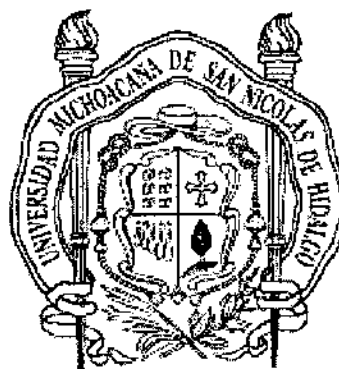


Así como lo indicamos al inicio de la encuesta, por favor anota tu matrícula:

Y tu apellido paterno:

Sección II: Instrucciones

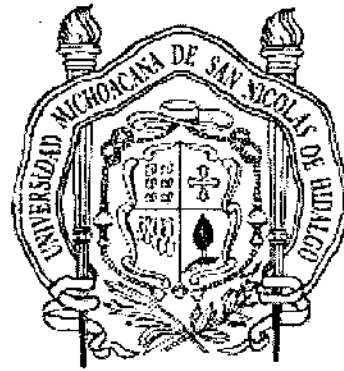
Tamiz IRISA (Hernández & Lucio, 2006)



- Este cuestionario fue elaborado con la finalidad de conocer lo que tú piensas sobre algunos aspectos importantes de tu vida.
- Todas tus respuestas son **confidenciales** y no se mostrarán a tus maestros ni a tus padres/tutores u otras personas.
- Contesta con sinceridad a todas las preguntas aún cuando consideres que no sea tu caso.
- Lee cuidadosamente cada enunciado y después elige UNA respuesta sin tardarte mucho.
- **Externa cualquier duda o pregunta que tengas sobre las oraciones de este cuestionario con toda confianza.**

A. En los últimos seis meses:

Recuerda que todas tus respuestas son confidenciales. Gracias por tu sinceridad al contestar.



1) Creo o siento que algo está mal conmigo. (2)	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

2) He sentido ganas de lastimarme o lastimar a alguien. (6)	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

3) El tema de la muerte (mi propia muerte, la de otros, etc.) ha llamado mi atención. (10)	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

4) En la escuela hay gente que me ha molestado, se ha burlado, o se ha aprovechado de mí. ⁽¹³⁾

Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

5) He perdido la paciencia. ⁽¹⁴⁾

Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

6) Mis maestros están en mi contra (la traen conmigo). ⁽¹⁵⁾

Sí, todos mis maestros	
Casi todos	
Algunos de mis maestros	
Uno o dos	
No, ninguno	

7) He preferido estar solo (a). ⁽¹⁷⁾

Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

8) Creo o siento que mi futuro es prometedor y puedo llegar a ser alguien especial. ⁽¹⁸⁾

Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

9) En la escuela mis maestros me ignoran. ⁽¹⁹⁾	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

10) Tengo dificultades con mis materias. ⁽²¹⁾	
Sí, con todas	
Con casi todas	
Con algunas de mis materias	
Con una o dos	
No, con ninguna	

Si tu respuesta fue afirmativa, ¿cuál(es) materia(s)?

11) Tengo problemas para hacer nuevos amigos o iniciar un noviazgo. ⁽²²⁾	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

12) He causado problemas a la gente a mi alrededor. ⁽²⁴⁾	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

13) He tenido ideas de cómo alguien podría quitarse la vida. (26)	
Sí, cuatro o más ideas	
Sí, tres ideas	
Sí, un par de ideas	
Sí, al menos una idea	
No, ninguna	

Si tu respuesta fue afirmativa, ¿cuáles serían algunas de estas ideas?

14) He sabido de, o conocido a, personas cercanas a mí que intentaron quitarse la vida y sobrevivieron. (28)	
Sí, cuatro personas o más	
Sí, a tres personas	
A dos personas	
Sí, al menos sé o conocí a una persona	
No, nadie	

Si tu respuesta fue afirmativa, ¿nos puedes decir compartir quiénes?

15) Supe o conocí a gente cercana a mí que se suicidó, que murió por suicidio (29)	
Sí, a cuatro o más personas	
Sí, a tres personas	
A dos personas	
Sí, al menos a una persona	
No, nadie	

Si tu respuesta fue afirmativa, ¿quiénes fueron?

16) Si muriera me gustaría que me acompañaran (muriendo también conmigo) ⁽³³⁾	
Toda la gente que me conoce o conozco	
Mucha gente que me conoce o conozco	
Algunas personas que me conocen o conozco	
Sí, al menos una persona que me conoce o conozco	
No, nadie	

17) Me he lesionado intencionalmente (cortándome, pinchándome, quemándome, golpeándome, por ejemplo) para ver hasta donde aguanto el dolor ⁽³⁴⁾ .	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

18) Mi mejor amigo (a) o mis amigos cercanos me han traicionado ⁽³⁵⁾ .	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

19) Me deshice de posesiones preciadas para mí (por ejemplo: regalando, donando, tirando, quemando) ⁽³⁶⁾ .	
Sí, de todas mis posesiones	
Sí, de casi todas	
De algunas	
De al menos una o dos	
No, de ninguna	

20) Duermo más que de costumbre o me cuesta trabajo conciliar el sueño (37).	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

21) He sufrido decepciones amorosas (39).	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

22) Me he reconciliado con personas con las que había tenido problemas (41).	
Sí, con todas	
Con casi todas	
Con algunas	
Con al menos una de esas personas	
No, con ninguna	

23) Como más que de costumbre o he perdido el apetito (42).	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

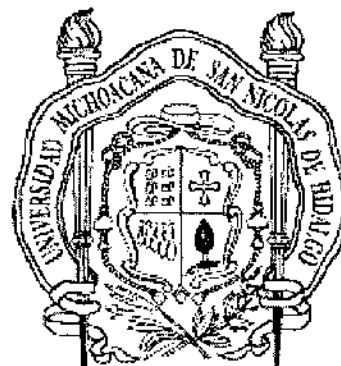
24) He dejado de hacer cosas que antes me gustaban (46).	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

25) Perdí a personas importantes para mí ⁽⁴⁶⁾ .	
Sí, a todas	
A casi todas	
Algunas	
Una o dos	
No, ninguna	

26) He necesitado desahogarme de mis problemas ⁽⁴⁸⁾ .	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

B. En los últimos seis meses

Recuerda que todas tus respuestas son confidenciales. Gracias por tu sinceridad al contestar.



27) Creo o siento que mi familia conoce y comprende mis intereses, ideas y sentimientos. ⁽¹⁾	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

28) En mi vida han habido buenos momentos. ⁽³⁾	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

29) Me he sentido satisfecho (a) con mi vida. ⁽⁵⁾	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

30) La gente a mi alrededor me ha tomado en serio. ⁽⁷⁾	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

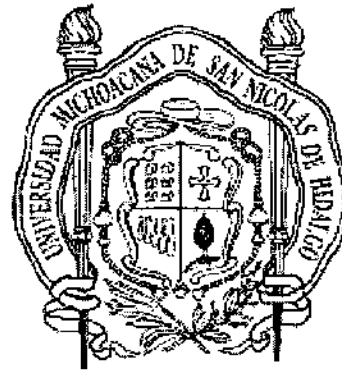
31) Me he sentido lleno (a) de energía. ⁽⁹⁾	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

32) Se preocupan por mí. ⁽³¹⁾	
Toda la gente que me conoce o conozco	
Mucha gente que me conoce o conozco	
Algunas personas que me conocen o conozco	
Sí, al menos una persona que me conoce o conozco	
No, nadie	

Si tu respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, ¿quién sería la persona que más se preocupa por ti?

C. En los últimos seis meses:

Recuerda que todas tus respuestas son confidenciales. Gracias por tu sinceridad al contestar.



33) Creo o siento que soy un fracaso. (4)	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Alguna vez	
Rara vez	
No, nunca	

34) Me siento triste. (20)	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

35) Me siento enojado(a) y/o frustrado(a). (23)	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

36) Creo o siento que la gente a mi alrededor estaría mejor sin mí. (30)	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

37) Me cuesta trabajo concentrarme. (38)	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

38) Me he sentido confundido(a) respecto a... (40)	
Sí, respecto a todo	
Muchas cosas en mi vida	
Algunas cosas en mi vida	
Una o dos cosas de la vida	
No, ninguna	

Si tu respuesta fue afirmativa, ¿cuál(es) situación(es) te hacen sentir confundido(a)?

39) Me he sentido desilusionado (a) de la vida. (43)	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

40) He pensado en desquitarme o vengarme por lo que me sucede. (47)	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

D. En los últimos seis meses:

Recuerda que todas tus respuestas son confidenciales. Gracias por tu sinceridad al contestar.



41) Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo. (a)	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

42) He deseado estar muerto (a). (11)	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

43) Quisiera irme de este mundo. (12)	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

44) He creído o sentido que mi existencia es horrible, odiosa. (16)	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

45) Conozco o tengo un lugar donde me gustaría morir. (27)	
Sí, cuatro o más lugares	
Tres lugares	
Dos lugares	
Sí, al menos un lugar o sitio	
No, ninguno	

Si tu respuesta fue afirmativa, ¿cuál(es) sería(n) estos lugares o sitios?

46) Creo o siento que mi muerte podría ser una solución a los problemas en mi vida. (32)	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

47) Desearía no haber nacido. (44)	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

E. En los últimos seis meses:

Recuerda que todas tus respuestas son confidenciales. Gracias por tu sinceridad al contestar.



48) He pensado en suicidarme, en quitarme la vida (25)	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

49) He planeado mi propia muerte, he planeado cómo podría quitarme la vida (49)	
Sí, todo este tiempo	
Casi siempre	
Algunas veces	
Rara vez	
No, nunca	

Si tu respuesta fue afirmativa, ¿qué plan o planes has tenido en mente?

50) He intentado quitarme la vida (lastimándome, haciéndome daño, cortándome, tomando pastillas, asfixiándome, envenenándome, por ejemplo, con el propósito de morir). (50)	
Sí, cuatro veces o más	
Sí, tres veces lo he intentado	
Sí, dos veces lo he intentado	
Sí, una vez lo intenté	
No, nunca	

Si contestaste afirmativamente a la pregunta anterior (uno o más intentos), ¿qué fue lo que hiciste? ¿Cuál o cuáles fueron los motivos para querer quitarte la vida?

ASSIST

Sección III. Validación

Si a la derecha NO aparece el escudo de la UMSNH notifica a uno de los aplicadores para que te ayude a completar el formulario correcto.



Por favor, reingresa tu matrícula:

Y tu apellido paterno:

Bienvenido.

Instrucciones del ASSIST (OMS, 2003)

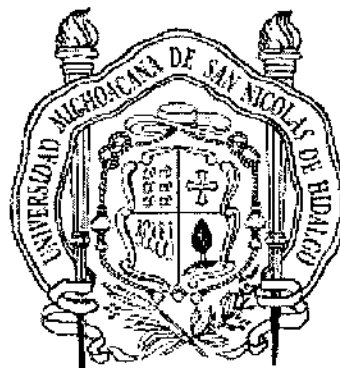


A continuación te preguntaremos sobre la experiencia que has tenido (**alguna vez en tu vida y en los últimos tres meses**) con el alcohol, tabaco u otras sustancias.

- Las sustancias enlistadas en la siguientes tablas pueden ser fumadas, bebidas/tragadas, aspiradas, inhaladas, inyectadas o tomadas en forma de pastillas o tabletas.
- Algunas de ellas pueden haber sido prescritas/recetadas por un médico o especialista (como los tranquilizantes o analgésicos) y para esta encuesta **NO** se tomarán en cuenta.
- **Sin embargo**, si has consumido alguna de estas sustancias con **finés diferentes** a los indicados por el médico o especialista, o las has consumido en forma **más frecuente o en dosis más altas** que la prescrita por el doctor, entonces **SÍ** considéralas al contestar las preguntas correspondientes.
- Recuerda que TODA la información que nos proporciones será **CONFIDENCIAL** por lo que NO se mostrará a tus profesores, directivos, padres/tutores, o cualquier otra persona.
- Agradecemos tu honestidad al responder.

A1

Tabaco



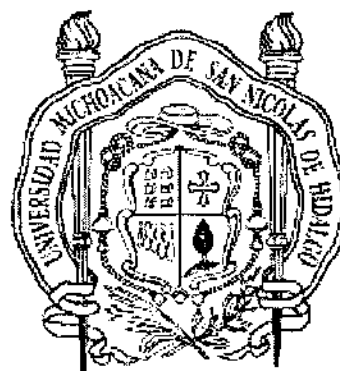
1) ¿Alguna vez en tu vida has usado algún derivado del tabaco?
(cigarrillos, puros, tabaco masticable, etc.)

Sí

No

A1_2

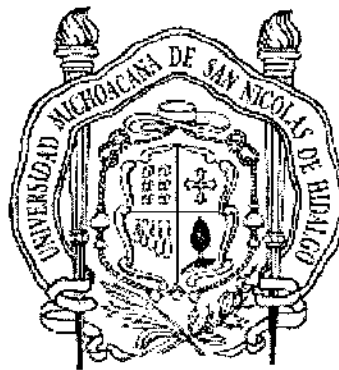
Derivados del tabaco (cigarrillos, puros, tabaco masticable, etc.)



2) En los últimos tres meses, ¿qué tan frecuente has usado algún derivado del tabaco?	
Nunca	
Una o dos veces	
Una vez al mes	
Cada semana	
A diario o casi a diario	

A1_3

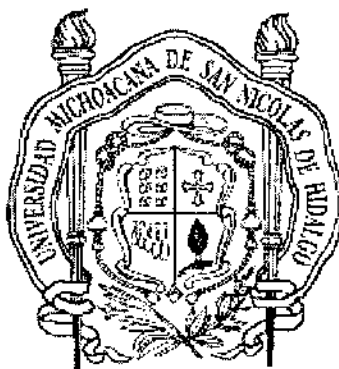
Derivados del tabaco (cigarrillos, puros, tabaco masticable, etc.)



3) Durante los últimos tres meses, ¿qué tan frecuente...					
	Nunca	Una o dos veces	Una vez al mes	Una vez a la semana	A diario o casi a diario
has tenido el fuerte deseo o necesidad de consumir algún derivado del tabaco?					
el uso de algún derivado del tabaco te ha llevado a problemas de salud, sociales, legales o de dinero?					

A1_4

Derivados del tabaco (cigarrillos, puros, tabaco masticable, etc.)



4) ¿Algún amigo o familiar o alguna otra persona **ALGUNA VEZ EN TU VIDA** te ha expresado su preocupación sobre tu uso de algún derivado del tabaco?

No, nunca

Sí, en los últimos tres meses

Sí, pero no en los últimos tres meses

5) ¿**ALGUNA VEZ EN TU VIDA** has fracasado en tu intento por controlar, disminuir, o dejar de usar algún derivado del tabaco?

No, nunca

Sí, en los últimos tres meses

Sí, pero no en los últimos tres meses

A2

Alcohol



6) ¿Alguna vez en tu vida has bebido alcohol?
(cerveza, destilados, vino de mesa, cubas/cocteles, aguardiente, etc.)

Sí

No

A2_2

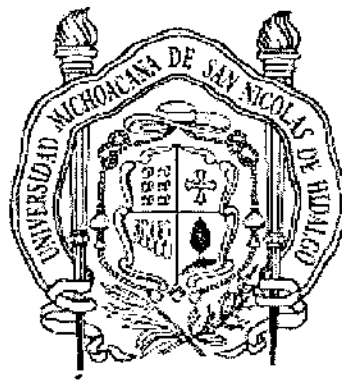
Alcohol (cerveza, destilados, vino de mesa, cubas/cocteles, aguardiente, etc.)



7) En los últimos tres meses, ¿qué tan frecuente has consumido alguna bebida alcohólica?	
Nunca	
Una o dos veces	
Una vez al mes	
Cada semana	
A diario o casi a diario	

A2_3

Alcohol (cerveza, destilados, vino de mesa, cubas/cocteles, aguardiente, etc.)



8) Durante los últimos tres meses, ¿qué tan frecuente...					
	Nunca	Una o dos veces	Una vez al mes	Una vez a la semana	A diario o casi a diario
has tenido el fuerte deseo o necesidad de consumir alguna bebida alcohólica?					
el consumo de algunas bebidas alcohólicas te ha llevado a problemas de salud, escolares, sociales, legales o de dinero?					
no has podido hacer lo que normalmente se espera de ti debido al consumo de bebidas alcohólicas?					

A2_4

Alcohol (cerveza, destilados, vino de mesa, cubas/cocteles, aguardiente, etc.)



9) ¿Algún amigo o familiar o alguna otra persona ALGUNA VEZ EN TU VIDA te ha expresado su preocupación sobre tu consumo de bebidas alcohólicas?	
No, nunca	
Sí, en los últimos tres meses	
Sí, pero no en los últimos tres meses	

10) ¿ALGUNA VEZ EN TU VIDA has fracasado en tu intento por controlar, disminuir, o dejar de consumir bebidas alcohólicas?	
No, nunca	
Sí, en los últimos tres meses	
Sí, pero no en los últimos tres meses	

A3

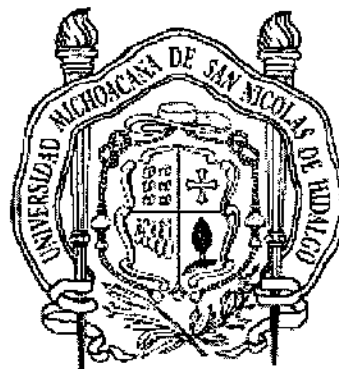
Derivados de cannabis



11) ¿Alguna vez en tu vida has usado algún derivado de cannabis (marihuana, mota, hierba, hash o jachis, etc.)?	
Sí	
No	

A3_2

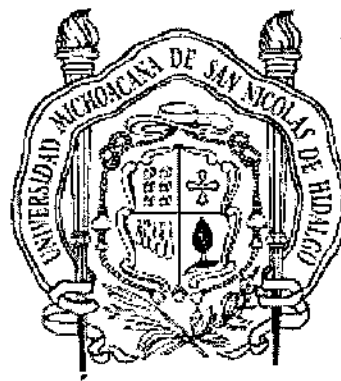
Derivados de cannabis (marihuana, mota, hierba, hash o jachis, etc.)



12) En los últimos tres meses, ¿qué tan frecuente has usado algún derivado de marihuana?	
Nunca	
Una o dos veces	
Una vez al mes	
Cada semana	
A diario o casi a diario	

A3_3

Derivados de cannabis (marihuana, mota, hierba, hash o jachis, etc.)



13) Durante los últimos tres meses, ¿qué tan frecuente...					
	Nunca	Una o dos veces	Una vez al mes	Una vez a la semana	A diario o casi a diario
has tenido el fuerte deseo o necesidad de usar algún derivado de marihuana?					
el consumo de marihuana te ha llevado a problemas de salud, sociales, escolares, legales o de dinero?					
no has podido hacer lo que normalmente se espera de ti debido al consumo de marihuana?					

A3_4

Derivados de cannabis (marihuana, mota, hierba, hash o jachis, etc.)



14) ¿Algún amigo o familiar o alguna otra persona ALGUNA VEZ EN TU VIDA te ha expresado su preocupación sobre tu uso de marihuana?

No, nunca

Sí, en los últimos tres meses

Sí, pero no en los últimos tres meses

15) ¿ALGUNA VEZ EN TU VIDA has fracasado en tu intento por controlar, disminuir, o dejar de usar marihuana?

No, nunca

Sí, en los últimos tres meses

Sí, pero no en los últimos tres meses

A4

Cocaína o sus derivados



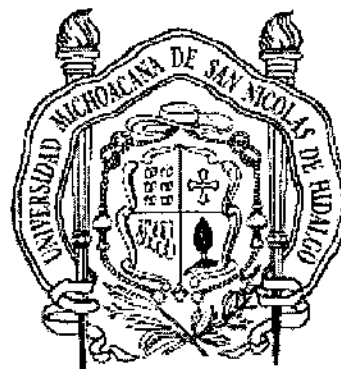
16) ¿Alguna vez en tu vida has usado algún tipo o derivado de cocaína (coca, crack, nieve, piedra, bazuco, etc.)?

Sí

No

A4_2

Cocaína o sus derivados (coca, crack, nieve, piedra, bazuco, etc.)



17) En los últimos tres meses, ¿qué tan frecuente has usado cocaína o alguno de sus derivados?

Nunca

Una o dos veces

Una vez al mes

Cada semana

A diario o casi a diario

A4_3

Cocaína o sus derivados (coca, crack, nieve, piedra, bazuco, etc.)

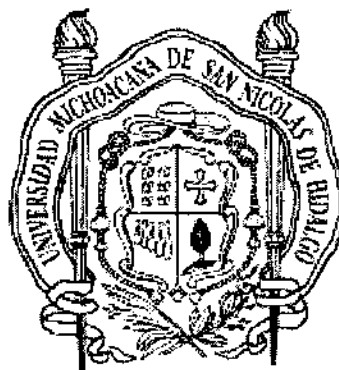


18) Durante los últimos tres meses, ¿qué tan frecuente...

	Nunca	Una o dos veces	Una vez al mes	Una vez a la semana	A diario o casi a diario
has tenido el fuerte deseo o necesidad de usar cocaína?					
el uso de cocaína te ha llevado a problemas de salud, sociales, escolares, legales o de dinero?					
no has podido hacer lo que normalmente se espera de ti debido al uso de cocaína?					

A4_4

Cocaína o sus derivados (coca, crack, nieve, piedra, bazuco, etc.)



19) ¿Algún amigo o familiar o alguna otra persona ALGUNA VEZ EN TU VIDA te ha expresado su preocupación sobre tu uso de cocaína?

No, nunca

Sí, en los últimos tres meses

Sí, pero no en los últimos tres meses

20) ¿ALGUNA VEZ EN TU VIDA has fracasado en tu intento por controlar, disminuir, o dejar de usar cocaína?

No, nunca

Sí, en los últimos tres meses

Sí, pero no en los últimos tres meses

A5

Anfetaminas o metanfetaminas



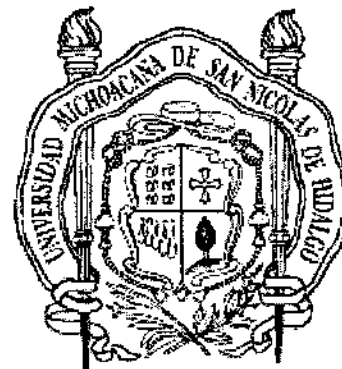
21) ¿Alguna vez en tu vida has usado alguna anfetamina o metanfetamina (éxtasis/tacha, hielo/cristal, pastillas para adelgazar, Ritalin, etc.)?

Sí

No

A5_2

Anfetaminas o metanfetaminas (éxtasis/tacha, hielo/cristal, pastillas para adelgazar, Ritalin, etc.)



22) En los últimos tres meses, ¿qué tan frecuente has usado anfetaminas o metanfetaminas?

Nunca

Una o dos veces

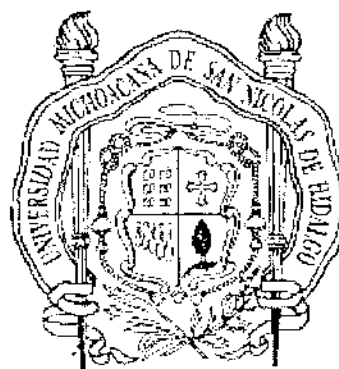
Una vez al mes

Cada semana

A diario o casi a diario

A5_3

Anfetaminas y metanfetaminas (éxtasis/tacha, hielo/cristal, pastillas para adelgazar, Ritalin, etc.)

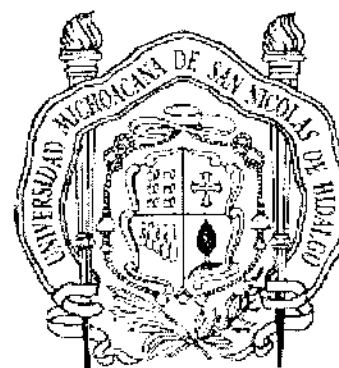


23) Durante los últimos tres meses, ¿qué tan frecuente...

	Nunca	Una o dos veces	Una vez al mes	Una vez a la semana	A diario o casi a diario
has tenido el fuerte desco o necesidad de usar alguna anfetamina o metanfetamina?					
el consumo de alguna anfetamina o metanfetamina te ha llevado a problemas de salud, sociales, escolares, legales o de dinero?					
no has podido hacer lo que normalmente se espera de ti debido al consumo de alguna anfetamina o metanfetamina?					

A5_4

Anfetaminas y metanfetaminas (éxtasis/tacha, hielo/cristal, pastillas para adelgazar, Ritalin, etc.)



24) ¿Algún amigo o familiar o alguna otra persona ALGUNA VEZ EN TU VIDA te ha expresado su preocupación sobre tu uso de anfetaminas o metanfetaminas?

No, nunca

Sí, en los últimos tres meses

Sí, pero no en los últimos tres meses

25) ¿ALGUNA VEZ EN TU VIDA has fracasado en tu intento por controlar, disminuir, o dejar de usar anfetaminas o metanfetaminas?

No, nunca

Sí, en los últimos tres meses

Sí, pero no en los últimos tres meses

A6

Inhalables



26) ¿Alguna vez en tu vida has inhalado alguna sustancia (pegamento, disolventes o tñer, resistol, acetona, chemo, activo, lacas, etc.)?

Sí

No

A6_2

Inhalables (pegamento, disolventes o tñer, resistol, acetona, chemo, activo, lacas, etc.)



27) En los últimos tres meses, ¿qué tan frecuente has usado algún inhalable?

Nunca

Una o dos veces

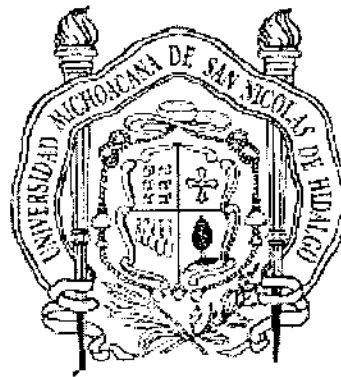
Una vez al mes

Cada semana

A diario o casi a diario

A6_3

Inhalables (pegamento, disolventes o tiner, resistol, acetona, chemo, activo, lacas, etc.)

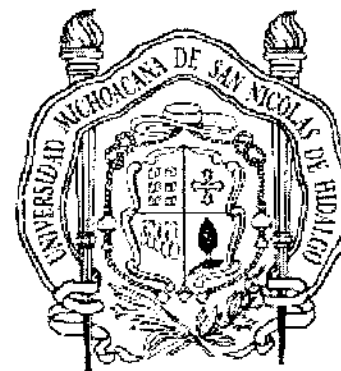


28) Durante los últimos tres meses, ¿qué tan frecuente...

	Nunca	Una o dos veces	Una vez al mes	Una vez a la semana	A diario o casi a diario
has tenido el fuerte deseo o necesidad de usar algún inhalable?					
el consumo de algún inhalable te ha llevado a problemas de salud, sociales, escolares, legales o de dinero?					
no has podido hacer lo que normalmente se espera de ti debido al consumo de algún inhalable?					

A6_4

Inhalables (pegamento, disolventes o tiner, resistol, acetona, chemo, activo, lacas, etc.)



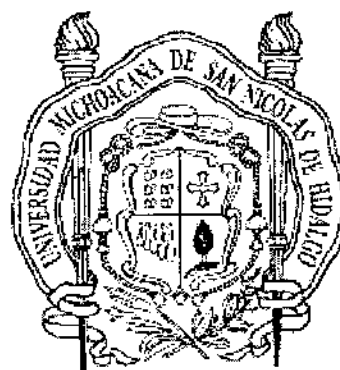
29) ¿Algún amigo o familiar o alguna otra persona ALGUNA VEZ EN TU VIDA te ha expresado su preocupación sobre tu uso de inhalables?	
No, nunca	
Sí, en los últimos tres meses	
Sí, pero no en los últimos tres meses	

30) ¿ALGUNA VEZ EN TU VIDA has fracasado en tu intento por controlar, disminuir, o dejar de usar inhalables?	
No, nunca	
Sí, en los últimos tres meses	
Sí, pero no en los últimos tres meses	

A7

Sedantes o tranquilizantes (Valium, Lexotan, Ativan, Nembutal, Rohypnol o reina, etc.).

En el caso de los medicamentos registra aquéllos que hayas usado sin receta o prescripción médica, o bien, en dosis distintas a las indicadas por el médico.

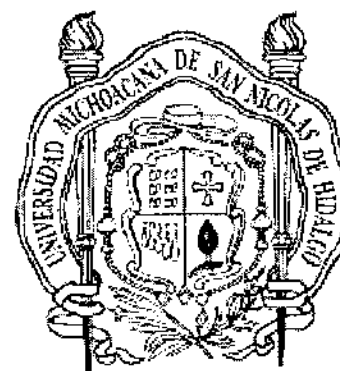


31) ¿Alguna vez en tu vida has usado algún sedante o tranquilizante? Recuerda las observaciones arriba señaladas.	
Sí	
No	

A7_2

Sedantes o tranquilizantes (Valium, Lexotan, Ativan, Nembutal, Rohypnol o reina, etc.).

En el caso de los medicamentos registra aquéllos que hayas usado sin receta o prescripción médica, o bien, en dosis distintas a las indicadas por el médico.

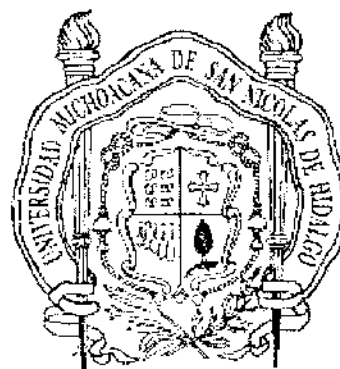


32) En los últimos tres meses, ¿qué tan frecuente has usado algún sedante o tranquilizante?	
Nunca	
Una o dos veces	
Una vez al mes	
Cada semana	
A diario o casi a diario	

A7_3

Sedantes o tranquilizantes (Valium, Lexotan, Ativan, Nembutal, Rohypnol o reina, etc.).

En el caso de los medicamentos registra aquéllos que hayas usado sin receta o prescripción médica, o bien, en dosis distintas a las indicadas por el médico.

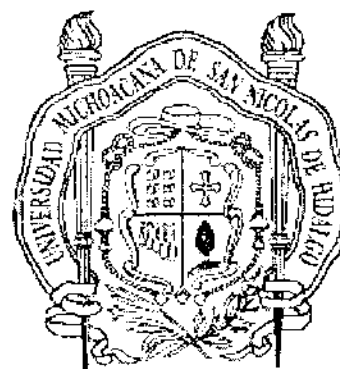


33) Durante los últimos tres meses, ¿qué tan frecuente...					
	Nunca	Una o dos veces	Una vez al mes	Una vez a la semana	A diario o casi a diario
has tenido el fuerte desco o necesidad de usar algún sedante o tranquilizante?					
el consumo de sedantes o tranquilizantes te ha llevado a problemas de salud, sociales, escolares, legales o de dinero?					
no has podido hacer lo que normalmente se espera de ti debido al consumo de sedantes o tranquilizantes?					

A7_4

Sedantes o tranquilizantes (Valium, Lexotan, Ativan, Nembutal, Rohypnol o reina, etc.).

En el caso de los medicamentos registra aquéllos que hayas usado sin receta o prescripción médica, o bien, en dosis distintas a las indicadas por el médico.

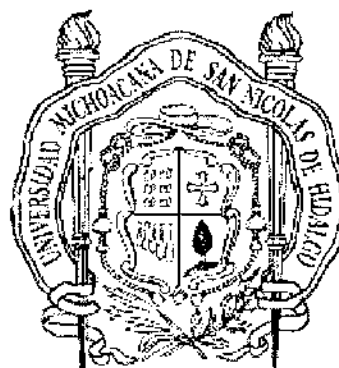


34) ¿Algún amigo o familiar o alguna otra persona ALGUNA VEZ EN TU VIDA te ha expresado su preocupación sobre tu uso de sedantes o tranquilizantes?	
No, nunca	
Sí, en los últimos tres meses	
Sí, pero no en los últimos tres meses	

35) ¿ALGUNA VEZ EN TU VIDA has fracasado en tu intento por controlar, disminuir, o dejar de usar sedantes o tranquilizantes?	
No, nunca	
Sí, en los últimos tres meses	
Sí, pero no en los últimos tres meses	

A8

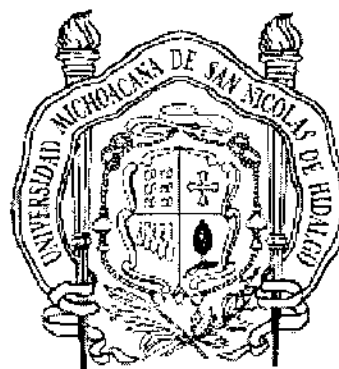
Alucinógenos



36) ¿ Alguna vez en tu vida has usado algún alucinógeno (LSD, ácido, hongos, peyote, mezcalina, polvo de ángel p PCP, etc.)?	
Sí	
No	

A8_2

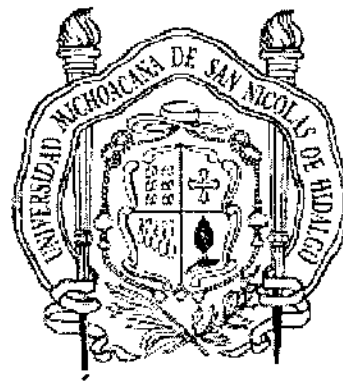
Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, peyote, mezcalina, polvo de ángel p PCP, etc.)



37) En los últimos tres meses, ¿qué tan frecuente has usado algún alucinógeno?	
Nunca	
Una o dos veces	
Una vez al mes	
Cada semana	
A diario o casi a diario	

A8_3

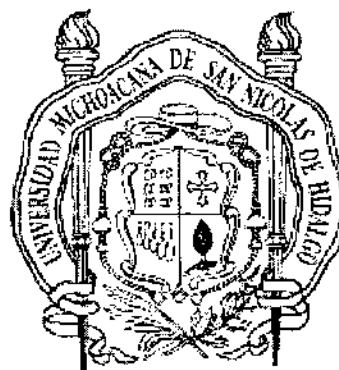
Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, peyote, mezcalina, polvo de ángel p PCP, etc.)



38) Durante los últimos tres meses, ¿qué tan frecuente...					
	Nunca	Una o dos veces	Una vez al mes	Una vez a la semana	A diario o casi a diario
has tenido el fuerte deseo o necesidad de usar algún alucinógeno?					
el consumo de alucinógenos te ha llevado a problemas de salud, sociales, escolares, legales o de dinero?					
no has podido hacer lo que normalmente se espera de ti debido al consumo de alucinógenos?					

A8_4

Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, peyote, mezcalina, polvo de ángel p PCP, etc.)



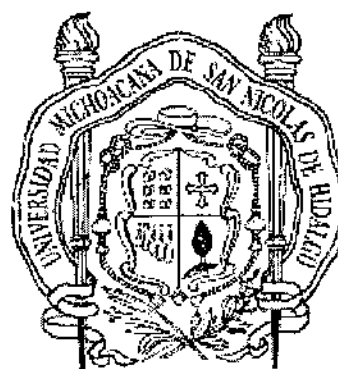
39) ¿Algún amigo o familiar o alguna otra persona ALGUNA VEZ EN TU VIDA te ha expresado su preocupación sobre tu uso de alucinógenos?	
No, nunca	
Sí, en los últimos tres meses	
Sí, pero no en los últimos tres meses	

40) ¿ ALGUNA VEZ EN TU VIDA has fracasado en tu intento por controlar, disminuir, o dejar de usar alucinógenos?	
No, nunca	
Sí, en los últimos tres meses	
Sí, pero no en los últimos tres meses	

A9

Opioides

En el caso de los medicamentos registra aquéllos que hayas usado sin receta o prescripción médica, o bien, en dosis distintas a las indicadas por el médico.

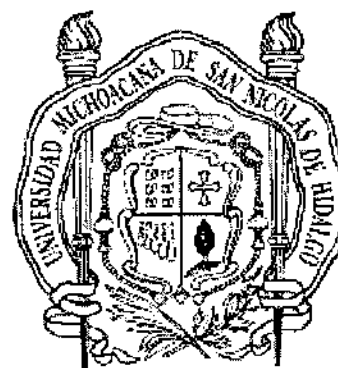


41) ¿ Alguna vez en tu vida has usado algún opioide (heroína, morfina, Demerol, metadona, codeína, etc.)?	
Sí	
No	

A9_2

Opioides (heroína, morfina, Demerol, metadona, codeína, etc.)

En el caso de los medicamentos registra aquéllos que hayas usado sin receta o prescripción médica, o bien, en dosis distintas a las indicadas por el médico.



42) En los últimos tres meses, ¿qué tan frecuente has usado algún opioide?	
Nunca	
Una o dos veces	
Una vez al mes	
Cada semana	
A diario o casi a diario	

A9_3

Opioides (heroína, morfina, Demerol, metadona, codeína, etc.)

En el caso de los medicamentos registra aquéllos que hayas usado sin receta o prescripción médica, o bien, en dosis distintas a las indicadas por el médico.



43) Durante los últimos tres meses, ¿qué tan frecuente...					
	Nunca	Una o dos veces	Una vez al mes	Una vez a la semana	A diario o casi a diario
has tenido el fuerte deseo o necesidad de usar algún opioide?					
el consumo de opioides te ha llevado a problemas de salud, sociales, escolares, legales o de dinero?					
no has podido hacer lo que normalmente se espera de ti debido al consumo de opioides?					

A9_4

Opioides (heroína, morfina, Demerol, metadona, codeína, etc.)

En el caso de los medicamentos registra aquéllos que hayas usado sin receta o prescripción médica, o bien, en dosis distintas a las indicadas por el médico.



44) ¿Algún amigo o familiar o alguna otra persona ALGUNA VEZ EN TU VIDA te ha expresado su preocupación sobre tu uso de opioides?

No, nunca

Sí, en los últimos tres meses

Sí, pero no en los últimos tres meses

45) ¿ALGUNA VEZ EN TU VIDA has fracasado en tu intento por controlar, disminuir, o dejar de usar opioides?

No, nunca

Sí, en los últimos tres meses

Sí, pero no en los últimos tres meses

A10

Cualquier droga o sustancia inyectada/vía intravenosa.
En el caso de los medicamentos registra aquéllos que hayas usado sin receta o prescripción médica, o bien, en dosis distintas a las indicadas por el médico.



46) ¿ALGUNA VEZ EN TU VIDA te has inyectado alguna droga o sustancia?

No, nunca

Sí, en los últimos tres meses

Sí, pero no en los últimos tres meses

A10_1

Cualquier droga o sustancia inyectada/vía intravenosa.
En el caso de los medicamentos registra aquéllos que hayas usado sin receta o prescripción médica, o bien, en dosis distintas a las indicadas por el médico.



47) ¿Qué tan frecuente te has inyectado alguna droga o substancia?	
Una vez a la semana o menos de tres días seguidos.	
Más de una vez a la semana o más de tres días seguidos.	

Sección IV

Validación sección IV

Si a la derecha **NO aparece el escudo de tu institución** notifica a uno de los aplicadores para que te ayude a completar el formulario correcto.

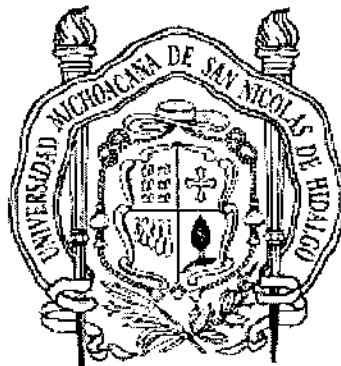


Matrícula:

Apellido paterno:

CES-D

Para las siguientes preguntas, por favor indica qué tan frecuente te has sentido de esa manera en las **ÚLTIMAS DOS SEMANAS**:



1) Me molesté por cosas que usualmente no me molestan

Escasamente (0 a 1 día)

Algo (1 a 2 días)

Ocasionalmente (3 a 4 días)

La mayoría (5 a 7 días)

Casi diario (10 a 14 días)

2) Tenía poco apetito	
Escasamente (0 a 1 día)	
Algo (1 a 2 días)	
Ocasionalmente (3 a 4 días)	
La mayoría (5 a 7 días)	
Casi diario (10 a 14 días)	

3) No podía quitarme la tristeza	
Escasamente (0 a 1 día)	
Algo (1 a 2 días)	
Ocasionalmente (3 a 4 días)	
La mayoría (5 a 7 días)	
Casi diario (10 a 14 días)	

4) Sentía que era tan bueno(a) como la otra gente	
Escasamente (0 a 1 día)	
Algo (1 a 2 días)	
Ocasionalmente (3 a 4 días)	
La mayoría (5 a 7 días)	
Casi diario (10 a 14 días)	

5) Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo	
Escasamente (0 a 1 día)	
Algo (1 a 2 días)	
Ocasionalmente (3 a 4 días)	
La mayoría (5 a 7 días)	
Casi diario (10 a 14 días)	

6) Me sentía deprimido(a)	
Escasamente (0 a 1 día)	
Algo (1 a 2 días)	
Ocasionalmente (3 a 4 días)	
La mayoría (5 a 7 días)	
Casi diario (10 a 14 días)	

7) Sentí que todo lo que hacía era con esfuerzo	
Escasamente (0 a 1 día)	
Algo (1 a 2 días)	
Ocasionalmente (3 a 4 días)	
La mayoría (5 a 7 días)	
Casi diario (10 a 14 días)	

8) Me sentía esperanzado(a) hacia el futuro	
Escasamente (0 a 1 día)	
Algo (1 a 2 días)	
Ocasionalmente (3 a 4 días)	
La mayoría (5 a 7 días)	
Casi diario (10 a 14 días)	

9) Pensé que mi vida ha sido un fracaso	
Escasamente (0 a 1 día)	
Algo (1 a 2 días)	
Ocasionalmente (3 a 4 días)	
La mayoría (5 a 7 días)	
Casi diario (10 a 14 días)	

10) Me sentía temeroso(a)	
Escasamente (0 a 1 día)	
Algo (1 a 2 días)	
Ocasionalmente (3 a 4 días)	
La mayoría (5 a 7 días)	
Casi diario (10 a 14 días)	

11) Dormía sin descansar	
Escasamente (0 a 1 día)	
Algo (1 a 2 días)	
Ocasionalmente (3 a 4 días)	
La mayoría (5 a 7 días)	
Casi diario (10 a 14 días)	

12) Me sentía feliz	
Escasamente (0 a 1 día)	
Algo (1 a 2 días)	
Ocasionalmente (3 a 4 días)	
La mayoría (5 a 7 días)	
Casi diario (10 a 14 días)	

13) Hablé menos de lo usual	
Escasamente (0 a 1 día)	
Algo (1 a 2 días)	
Ocasionalmente (3 a 4 días)	
La mayoría (5 a 7 días)	
Casi diario (10 a 14 días)	

14) Me sentía solo(a)	
Escasamente (0 a 1 día)	
Algo (1 a 2 días)	
Ocasionalmente (3 a 4 días)	
La mayoría (5 a 7 días)	
Casi diario (10 a 14 días)	

15) Las personas eran poco amigables	
Escasamente (0 a 1 día)	
Algo (1 a 2 días)	
Ocasionalmente (3 a 4 días)	
La mayoría (5 a 7 días)	
Casi diario (10 a 14 días)	

16) Disfruté de la vida	
Escasamente (0 a 1 día)	
Algo (1 a 2 días)	
Ocasionalmente (3 a 4 días)	
La mayoría (5 a 7 días)	
Casi diario (10 a 14 días)	

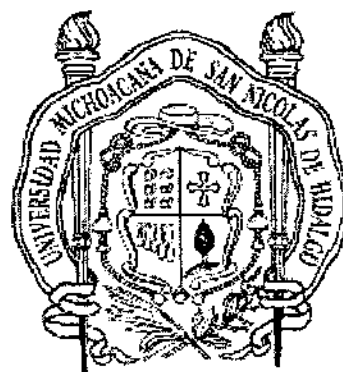
17) Tenía ataques de llanto	
Escasamente (0 a 1 día)	
Algo (1 a 2 días)	
Ocasionalmente (3 a 4 días)	
La mayoría (5 a 7 días)	
Casi diario (10 a 14 días)	

18) Me sentía triste	
Escasamente (0 a 1 día)	
Algo (1 a 2 días)	
Ocasionalmente (3 a 4 días)	
La mayoría (5 a 7 días)	
Casi diario (10 a 14 días)	

19) Sentía que le desagradaba a la gente	
Escasamente (0 a 1 día)	
Algo (1 a 2 días)	
Ocasionalmente (3 a 4 días)	
La mayoría (5 a 7 días)	
Casi diario (10 a 14 días)	

20) Sentía que iba a darme por vencido(a)	
Escasamente (0 a 1 día)	
Algo (1 a 2 días)	
Ocasionalmente (3 a 4 días)	
La mayoría (5 a 7 días)	
Casi diario (10 a 14 días)	

APGAR Familiar



21) ¿Estás satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?	
Casi nunca	
A veces	
Casi siempre	

22) Cuando estás con tu familia, ¿conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	
Casi nunca	
A veces	
Casi siempre	

23) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	
Casi nunca	
A veces	
Casi siempre	

24) ¿Estás satisfecho con el tiempo que tu familia y tu pasan juntos?	
Casi nunca	
A veces	
Casi siempre	

25)	
¿Sientes que tu familia te quiere?	
Casi nunca	
A veces	
Casi siempre	

Beck AI

Indica para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que te has visto afectado por cada uno de ellos durante el último mes y en el momento actual. Elige de entre las opciones la que mejor se corresponda:



26) Hormigueo o entumecimiento	
Para nada, en lo absoluto.	
Levemente, no me molesta mucho.	
Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.	
Severamente, casi no podía soportarlo.	

27) Sensación de calor	
Para nada, en lo absoluto.	
Levemente, no me molesta mucho.	
Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.	
Severamente, casi no podía soportarlo.	

28) Temblor de piernas	
Para nada, en lo absoluto.	
Levemente, no me molesta mucho.	
Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.	
Severamente, casi no podía soportarlo.	

29) Incapacidad para relajarte	
Para nada, en lo absoluto.	
Levemente, no me molesta mucho.	
Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.	
Severamente, casi no podía soportarlo.	

30) Miedo a que suceda lo peor	
Para nada, en lo absoluto.	
Levemente, no me molesta mucho.	
Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.	
Severamente, casi no podía soportarlo.	

31) Mareo o aturdimiento	
Para nada, en lo absoluto.	
Levemente, no me molesta mucho.	
Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.	
Severamente, casi no podía soportarlo.	

32) Palpitaciones o taquicardia	
Para nada, en lo absoluto.	
Levemente, no me molesta mucho.	
Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.	
Severamente, casi no podía soportarlo.	

33) Sensación de inestabilidad e inseguridad física	
Para nada, en lo absoluto.	
Levemente, no me molesta mucho.	
Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.	
Severamente, casi no podía soportarlo.	

34) Terrores o episodios de angustia/pánico	
Para nada, en lo absoluto.	
Levemente, no me molesta mucho.	
Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.	
Severamente, casi no podía soportarlo.	

35) Nerviosismo	
Para nada, en lo absoluto.	
Levemente, no me molesta mucho.	
Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.	
Severamente, casi no podía soportarlo.	

36) Sensación de ahogo	
Para nada, en lo absoluto.	
Levemente, no me molesta mucho.	
Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.	
Severamente, casi no podía soportarlo.	

37) Temblores de manos	
Para nada, en lo absoluto.	
Levemente, no me molesta mucho.	
Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.	
Severamente, casi no podía soportarlo.	

38) Temblor generalizado o estremecimiento	
Para nada, en lo absoluto.	
Levemente, no me molesta mucho.	
Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.	
Severamente, casi no podía soportarlo.	

39) Miedo a perder el control	
Para nada, en lo absoluto.	
Levemente, no me molesta mucho.	
Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.	
Severamente, casi no podía soportarlo.	

40) Dificultad para respirar	
Para nada, en lo absoluto.	
Levemente, no me molesta mucho.	
Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.	
Severamente, casi no podía soportarlo.	

41) Miedo a morirte	
Para nada, en lo absoluto.	
Levemente, no me molesta mucho.	
Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.	
Severamente, casi no podía soportarlo.	

42) Sobresaltos	
Para nada, en lo absoluto.	
Levemente, no me molesta mucho.	
Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.	
Severamente, casi no podía soportarlo.	

43) Molestias digestivas o abdominales	
Para nada, en lo absoluto.	
Levemente, no me molesta mucho.	
Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.	
Severamente, casi no podía soportarlo.	

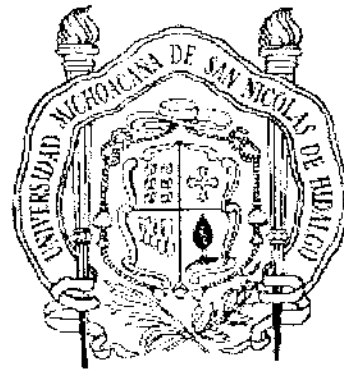
44) Palidez	
Para nada, en lo absoluto.	
Levemente, no me molesta mucho.	
Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.	
Severamente, casi no podía soportarlo.	

45) Rubor facial	
Para nada, en lo absoluto.	
Levemente, no me molesta mucho.	
Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.	
Severamente, casi no podía soportarlo.	

46) Sudoración (no debida al calor)	
Para nada, en lo absoluto.	
Levemente, no me molesta mucho.	
Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.	
Severamente, casi no podía soportarlo.	

Beck DI

- En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lee con atención cada una de ellas.
- A continuación, señala cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo te has sentido durante este último mes, incluido el día de hoy.
- Asegúrate de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer tu elección.



47) Grupo 1	
No me siento triste.	
Me siento triste.	
Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.	
Me siento tan triste o tan desgraciado (a) que no puedo soportarlo.	

48) Grupo 2	
No me siento especialmente desanimado (a) respecto al futuro.	
Me siento desanimado (a) respecto al futuro.	
Siento que no tengo nada que esperar.	
Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.	

49) Grupo 3	
No me siento fracasado (a).	
Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.	
Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.	
Me siento una persona totalmente fracasada.	

50) Grupo 4	
Las cosas me satisfacen tanto como antes.	
No disfruto de las cosas tanto como antes.	
Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.	
Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) de todo.	

51) Grupo 5	
No me siento especialmente culpable.	
Me siento culpable en bastantes ocasiones.	
Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.	
Me siento culpable constantemente.	

52) Grupo 6	
No creo que esté siendo castigado (a).	
Me siento como si fuese a ser castigado (a).	
Espero ser castigado (a).	
Siento que estoy siendo castigado (a).	

53) Grupo 7	
No estoy decepcionado (a) de mí mismo (a).	
Estoy decepcionado (a) de mí mismo (a).	
Me da vergüenza de mí mismo (a).	
Me detesto.	

54) Grupo 8	
No me considero peor que cualquier otro (a).	
Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.	
Continuamente me culpo por mis faltas.	
Me culpo por todo lo malo que sucede.	

55) Grupo 9	
No tengo ningún pensamiento de suicidio.	
A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.	
Desearía suicidarme.	
Me suicidaría si tuviese la oportunidad.	

56) Grupo 10	
No lloro más de lo que solía.	
Ahora lloro más que antes.	
Lloro continuamente.	
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.	

57) Grupo 11	
No estoy más irritable de lo normal en mí.	
Me molesto o irrito más fácilmente que antes.	
Me siento irritable continuamente.	
No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.	

58) Grupo 12	
No he perdido el interés por los demás.	
Estoy menos interesado (a) en los demás que antes.	
He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.	
He perdido todo el interés por los demás.	

59) Grupo 13	
Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.	
Evito tomar decisiones más que antes.	
Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.	
Ya me es imposible tomar decisiones.	

60) Grupo 14	
No creo tener peor aspecto que antes.	
Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.	
Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo	
Creo que tengo un aspecto horrible.	

61) Grupo 15	
Estudio/trabajo igual que antes.	
Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.	
Tengo que obligarme mucho para hacer algo.	
No puedo hacer nada en absoluto.	

62) Grupo 16	
Duermo tan bien como siempre.	
No duermo tan bien como antes.	
Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.	
Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.	

63) Grupo 17	
No me siento más cansado (a) de lo normal.	
Me canso más fácilmente que antes.	
Me canso en cuanto hago cualquier cosa.	
Estoy demasiado cansado (a) como para hacer algo.	

64) Grupo 18	
Mi apetito no ha disminuido.	
No tengo tan buen apetito como antes.	
Ahora tengo mucho menos apetito.	
He perdido completamente el apetito	

65) Grupo 19	
Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.	
He perdido más de 2 kilos y medio.	
He perdido más de 4 kilos.	
He perdido más de 7 kilos.	

Estoy a dieta para adelgazar:	
Sí	
No	

66) Grupo 20	
No estoy preocupado (a) por mi salud más de lo normal.	
Estoy preocupado (a) por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.	
Estoy preocupado (a) por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.	
Estoy tan preocupado (a) por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.	

67) Grupo 21	
No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	
Estoy menos interesado (a) por el sexo que antes	
Estoy mucho menos interesado (a) por el sexo	
He perdido totalmente mi interés por el sexo	

EIE

- A continuación aparecen frases relacionadas con tu forma de comportarte en diferentes situaciones en el último mes.
- Elige la opción correspondiente para indicar la frecuencia con que han sucedido en tu caso.
- Conteste rápida y honestamente.



68) Busco actividades en las que obtengo un placer rápido, aunque sean perjudiciales	
Casi nunca	
Algunas veces	
Bastantes veces	
Casi siempre / Siempre	

69) Suelo caer en tentaciones que me dificultan cumplir con un compromiso	
Casi nunca	
Algunas veces	
Bastantes veces	
Casi siempre / Siempre	

70) Busco conseguir beneficios inmediatos, en vez de esperar algo mejor más tarde	
Casi nunca	
Algunas veces	
Bastantes veces	
Casi siempre / Siempre	

71) Continúo haciendo determinadas actividades placenteras a pesar de que los demás me adviertan que me perjudican

Casi nunca	
Algunas veces	
Bastantes veces	
Casi siempre / Siempre	

72) Cuando algo se me antoja voy a por ello de forma inmediata, sin poder esperar

Casi nunca	
Algunas veces	
Bastantes veces	
Casi siempre / Siempre	

73) Obtengo más placer transgrediendo que controlando mis acciones

Casi nunca	
Algunas veces	
Bastantes veces	
Casi siempre / Siempre	

74) Me cuesta controlar mis reacciones cuando no consigo lo que deseo

Casi nunca	
Algunas veces	
Bastantes veces	
Casi siempre / Siempre	

75) Me cuesta parar de hacer algo aunque vea que me estoy equivocando

Casi nunca	
Algunas veces	
Bastantes veces	
Casi siempre / Siempre	

76) Tengo reacciones automáticas que no puedo evitar

Casi nunca	
Algunas veces	
Bastantes veces	
Casi siempre / Siempre	

77) Si hago algo y no obtengo los resultados que espero, me cuesta hacer algo diferente	
Casi nunca	
Algunas veces	
Bastantes veces	
Casi siempre / Siempre	

78) Suelo reaccionar de la misma forma aunque no sea el momento o el sitio apropiado	
Casi nunca	
Algunas veces	
Bastantes veces	
Casi siempre / Siempre	

79) No pongo freno a mis reacciones por más que alguien me diga que pare	
Casi nunca	
Algunas veces	
Bastantes veces	
Casi siempre / Siempre	

80) Repito muchas veces la misma forma de actuar aunque no consiga lo que busco	
Casi nunca	
Algunas veces	
Bastantes veces	
Casi siempre / Siempre	

81) Suelo equivocarme porque reacciono tan rápido que no presto suficiente atención a los detalles importantes	
Casi nunca	
Algunas veces	
Bastantes veces	
Casi siempre / Siempre	

82) Ante un imprevisto actúo sin pensar en las consecuencias

Casi nunca

Algunas veces

Bastantes veces

Casi siempre / Siempre

83) Saco conclusiones erróneas por no esperar el tiempo adecuado

Casi nunca

Algunas veces

Bastantes veces

Casi siempre / Siempre

84) En ocasiones dejo de prestar atención a las consecuencias inmediatas de mis acciones

Casi nunca

Algunas veces

Bastantes veces

Casi siempre / Siempre

85) Respondo antes de que hayan terminado de formular una pregunta

Casi nunca

Algunas veces

Bastantes veces

Casi siempre / Siempre

86) En algunas situaciones no espero lo suficiente y actúo antes de tiempo

Casi nunca

Algunas veces

Bastantes veces

Casi siempre / Siempre

87) Actúo sin pensar que otras personas puedan enfadarse por lo que hago

Casi nunca

Algunas veces

Bastantes veces

Casi siempre / Siempre

Sección V

Validación sección V

¡Última sección del tamizaje!

Si a la derecha **NO** aparece el escudo de tu institución, por favor notifica a uno de los aplicadores para que te ayude a completar el formulario correcto.



Matrícula:

Apellido paterno:

Sexualidad A

Además de las cuestiones de salud, las siguientes preguntas también pueden tener relación con los otros temas del presente tamizaje. Las prácticas sexuales, la orientación sexual y el género (masculinidad/femineidad) son dimensiones complejas e independientes entre sí.

La evidencia científica señala la **pertinencia** de indagar estos aspectos en la población joven, particularmente cuando se ha encontrado que, por ejemplo:

- las prácticas sexuales de riesgo, como el sexo vaginal o anal sin condón o tener parejas sexuales múltiples, son más frecuentes en la población joven e incrementan considerablemente el riesgo de contraer el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), entre otras infecciones/enfermedades de transmisión sexual;
- la orientación sexual es un factor de riesgo para la depresión y el suicidio; es decir, es más probable encontrar ideación suicida en jóvenes hombres o mujeres homosexuales que experimentan rechazo o que son marginados por su orientación sexual (más no porque ser gay o lesbiana sea 'malo' o sea una desviación, noción desechada desde hace ya varias décadas).



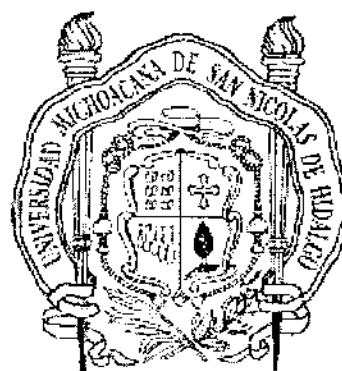
Por lo anterior, es que en este tamizaje incluimos este apartado sobre sexualidad.

Recuerda que todas tus respuestas son confidenciales, por lo que **valoramos tu honestidad al contestar**.

1) Actualmente, ¿tienes pareja sentimental / novio (a)?	
Sí	
No	

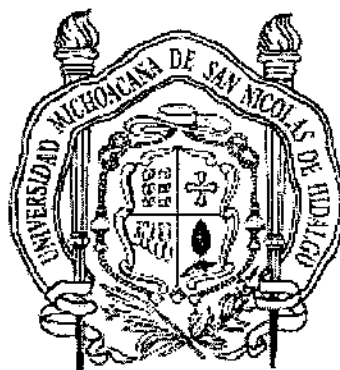
2) ¿Has iniciado vida sexual?	
Sí	
No	

Sexualidad cont N



3) Has respondido que no has iniciado vida sexual, ¿cuál ha sido el motivo más importante para no tener relaciones sexuales hasta ahora?	
No me siento preparado (a).	
Espero casarme para tenerlas.	
Espero tenerlas con alguien que me ame.	
Tengo miedo de contagiarme de alguna enfermedad / ITS.	
Tengo miedo de embarazarse (o quedar embarazada).	
No me interesa iniciar vida sexual en este momento de mi vida.	
Me considero asexual (sin interés en el sexo)	
Otro (por favor especifica)	

Sexualidad cont S



4) ¿A qué edad iniciaste vida sexual?

--

5) Actualmente, ¿tienes vida sexualmente activa?

Sí

No

6) ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales vaginales y/o anales SIN utilizar condón?

No, siempre he usado condón

Sí (por favor especifica en cuántas ocasiones no has usado condón)

--

7) ¿ALGUNA VEZ EN TU VIDA has tenido alguna infección/enfermedad de transmisión sexual?

No

Sí (por favor especifica)

--

8) ¿EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES has tenido alguna infección/enfermedad de transmisión sexual?

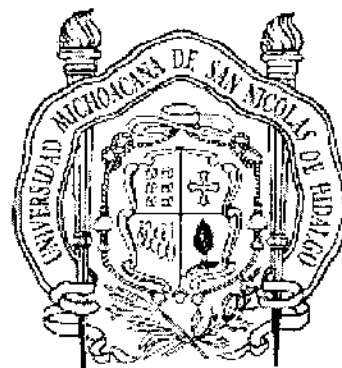
No

Sí (por favor especifica)

--

9) Tus relaciones y/o prácticas sexuales son:	
exclusivamente con personas del sexo opuesto.	
predominantemente con personas del sexo opuesto e incidentalmente con personas del mismo sexo.	
predominantemente con personas del sexo opuesto y ocasionalmente con personas del mismo sexo.	
tanto con personas del sexo opuesto como del mismo sexo.	
predominantemente con personas del mismo sexo y ocasionalmente con personas del sexo opuesto.	
predominantemente con personas del mismo sexo e incidentalmente con personas del sexo opuesto.	
exclusivamente con personas del mismo sexo.	
Prefiero no contestar.	
Otro (por favor especifica)	

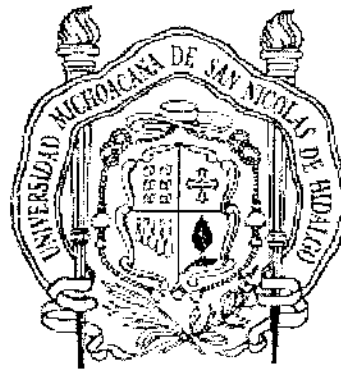
Sexualidad C



10) En cuanto a la atracción física, sexual, emocional y romántica, tu te identificas como (recuerda que no hay respuesta correcta o incorrecta, ni buena ni mala):	
Heterosexual	
Homosexual (gay o lesbiana)	
Bisexual	
Transgénero/transexualizado(a)	
Prefiero no contestar.	
Otro (por favor especifica)	

Cierre

Última sección del tamizaje.



11) Siguiendo la escala de Muy insatisfecho (*) hasta Muy satisfecho (****)					
¿Cuál es tu nivel de satisfacción con...					
el programa que actualmente estás cursando?					
la sección o grupo al que perteneces?					
tu escuela o plantel?					
tu desempeño académico?					
tu desarrollo personal en esta universidad?					

12) ¿Habías participado antes en algún tamizaje o screening de salud mental?	
No, nunca	
No, ni siquiera sabía que se llevaban a cabo o que existían	
Sí, pero no en esta escuela o universidad	
Sí, antes aquí en esta escuela o en la universidad (especifica hace cuánto por favor):	

13) ¿Alguna(s) de las situaciones de este tamizaje te ha(n) preocupado tanto que has considerado pedir ayuda, orientación o apoyo?	
No	
Sí, pero no tengo planeado buscar ayuda	
Sí, y tengo planeado buscar ayuda en el futuro	

Sí tu respuesta fue afirmativa, ¿para cuál(es) situación(es)?

14) ¿Has recibido algún tipo de atención/ayuda/orientación para alguna(s) de las situaciones que se indagaron en este tamizaje?

No

Sí, AQUÍ en la escuela por parte de un profesional de la salud (psicólogo, médico, enfermería, etc.)

Sí, FUERA de la escuela por parte de un profesional de salud (psicólogo, médico, enfermería, etc.)

Sí, pero de alguien más que no es profesional de la salud (por favor especifica)

15) ¿Te interesaría recibir información sobre depresión, suicidio y uso de sustancias (u otros temas de salud) aquí en tu escuela?

No, no me interesa

Sí, me gustaría que vinieran a hablarnos de estos temas aquí en la escuela

Quizá, no estoy seguro

Otros temas a presentar aquí en tu escuela:

16) Completar este tamizaje, ¿te hizo sentir que alguien prestó atención a tus preocupaciones, pensamientos y sentimientos?

No realmente

Más o menos

Mucho

17) ¿Estarías de acuerdo en completar este tamizaje otra vez si se pidiera tu cooperación (p. ej., el siguiente semestre o ciclo escolar)?

Sí

Tal vez

No. ¿Podrías decirnos por qué?

18) ¿Cómo te sientes después de haber contestado este tamizaje?	
Bien, no me afectó	
Me puso a pensar/reflexionar	
Ni bien ni mal	
Me siento algo molesto/incómodo	
Me hizo sentir mal o muy mal	

19) ¿Qué opinas de este tamizaje?	
Muy interesante, creo que será de mucha utilidad	
Está bien, puede ser de utilidad	
Pues más o menos interesante	
De poca o limitada utilidad	
Sin sentido y aburrida	

20) En cuanto a la duración del tamizaje:	
Demasiado extenso y muy cansado	
Extenso y algo cansado	
Ni extenso ni cansado	
Breve y algo cansado	
Demasiado breve y para nada cansado	

21) ¿Conoces el Plan Institucional de Tutorías de la UMSNH?	
No	
Sí, pero no se bien en qué consiste	
Sí, algún profesor me habló sobre el programa	
Sí, he participado o estoy recibiendo tutoría dentro del programa	

22) ¿Te gustaría que alguien del equipo de investigación se pusiera en contacto contigo, DE FORMA PERSONAL Y PRIVADA, para orientarte sobre opciones de ayuda para cualquiera de las temáticas de este tamizaje o alguna otra situación de salud?	
No, no me interesa	
Sí, si me gustaría a través de mi correo electrónico	
Sí, si me gustaría que me llamaran a mi celular/teléfono	
Sugiere otra forma de darle continuidad a este tamizaje contigo:	

23) Específicamente, ¿participarías en una segunda etapa de este estudio donde -sin costo- (a) se haría una entrevista y (b) se te integraría a un grupo de psicoterapia basada en la evidencia para abordar depresión y/o riesgo suicida si fuera tu situación?

No, no me interesa

Sí, si me gustaría y pre autorizo que se pongan en contacto conmigo vía correo electrónico

Sí, si me gustaría y pre autorizo que se pongan en contacto conmigo vía telefónica

Sí, si me gustaría pero preferiría pensarlo primero

Sugiere otra forma de seguimiento o continuidad contigo:

Finalmente, en esta parte puedes hacer tus comentarios u observaciones a este tamizaje: