



**Universidad Michoacana de San Nicolás de
Hidalgo
Facultad de Enfermería**



Autoestima relacionada con riesgo suicida en estudiantes universitarios

Tesis

**Que para obtener el título de
Licenciada en Enfermería**

Presenta

Jocelyn Yunuen Chávez Virgen

Asesora

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Coasesora

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Revisora

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Morelia, Michoacán

febrero 2021

Directivos

MSP. Julio César González Cabrera

Director de la Facultad de Enfermería

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria Académica

LE Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

Mesa sinodal

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Presidenta

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Vocal 1

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Vocal 2

Dedicatorias

Me van a faltar páginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo, sin embargo merecen reconocimiento especial mis padres quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados, por todo su trabajo, dedicación y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser su hija, son los mejores padres.

Asimismo, agradezco infinitamente a mis Hermanos que con sus palabras me hacían sentir orgullosa de lo que soy y de lo que les puedo enseñar. Ojalá algún día yo me convierta en esa fuerza para que puedan seguir avanzando en su camino. Gracias por su cariño y apoyo incondicional durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento, por el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

A Dios por bendecir mi vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad. Por brindarme salud, fortaleza y capacidad para desarrollar los conocimientos adecuados de esta carrera tan humanista.

Agradecimientos

A las autoridades de la Facultad de enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

A la Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz por el apoyo brindado durante la carrera y sobre todo durante la asesoría, por la paciencia, experiencia, conocimiento y motivación me oriento en la investigación.

A la maestra Silvia Paniagua Ramírez por permitirme realizar la investigación y los consejos brindados y a todos los docentes de la facultad de enfermería que con su sabiduría, conocimiento y apoyo, motivaron a desarrollarme como persona y profesional, por brindarme sus conocimientos y enseñarme con ética y profesionalismo.

A los estudiantes que ayudaron a hacer posible esta investigación y aceptaron apoyarme para contestar la encuesta.

A mis amigos y futuros colegas que me ayudaron de una manera desinteresada, gracias infinitas por toda su ayuda y buena voluntad.

Resumen

Introducción. La autoestima constituye el resultado de una evaluación emocional subjetiva acerca de la capacidad individual para la resolución de los problemas y para hacer frente a los desafíos de la vida. Por su parte, el riesgo suicida puede ser el resultado de diversos factores y una autoestima baja se ha identificado como un importante factor de riesgo del comportamiento suicida. **Objetivo.** Evaluar la relación de la autoestima con el riesgo suicida en estudiantes de enfermería. **Metodología.** Estudio cuantitativo, correlacional, no experimental y transversal. Muestra probabilística de 311 universitarios de una facultad de enfermería de Morelia, seleccionados con muestreo aleatorio simple. Instrumentos: Escala de Autoestima de Rosenberg, 10 ítems, escala de 1-4 y a mayor puntaje mejor autoestima; Escala de Ideación Suicida, 21 ítems, escala de 0-2 (0= ausente hasta 2= máxima intensidad de la ideación suicida), 5 dimensiones y a mayor puntaje mayor el riesgo de suicidio. Se utilizó estadística descriptiva. Se obtuvo firma de consentimiento informado. **Resultados.** Mayoría mujeres (59.5%), nacidos en el interior del estado (74.6%), solteros (77.8%), vive con personas que no son familia (52.7%), padres casados (77.5%) y sin muertes recientes personales o familiares (76.4%). La autoestima fue elevada (44.7%); el riesgo suicida fue ausente (94.2%) en escala total y dimensiones. La mayor autoestima se asoció con menor intento proyectado de riesgo suicida ($r_s=-.137$, $p=.016$) y menor factor para riesgo suicida ($r_s=-.112$, $p=.048$). **Conclusiones.** Los estudiantes presentaron autoestima elevada con riesgo suicida ausente, pero es necesario implementar intervenciones de enfermería en esta población ya que 5.8% presentaron máxima intensidad del riesgo de suicidio.

Palabras clave. Autoestima, adolescentes, riesgo suicida, enfermería.

Abstract

Introduction. Self-esteem is the result of a subjective emotional assessment of the individual's ability to solve problems and to face life's challenges. For its part, suicide risk may be the result of various factors and low self-esteem has been identified as an important risk factor for suicidal behavior. **Objective.** Assess the relationship of self-esteem with suicide risk in nursing students **Methodology.** Quantitative, correlational, non-experimental and cross-sectional study. Probabilistic sample of 311 university students from a nursing faculty in Morelia, selected with simple random sampling. Instruments: Rosenberg Self-Esteem Scale, 10 items, scale 1-4 and the higher the score the better self-esteem; Suicidal Ideation Scale, 21 items, 0-2 scale (0 = absent until 2 = maximum intensity of suicidal ideation), 5 dimensions and the higher the score, the higher the risk of suicide. Descriptive statistics was used. An informed consent signature was obtained. **Results.** Most women (59.5%), born in the interior of the state (74.6%), single (77.8%), live with people who are not family (52.7%), married parents (77.5%) and without recent personal or family deaths (76.4%). Self-esteem was high (44.7%); suicide risk was absent (94.2%) in full scale and dimensions. Higher self-esteem was associated with lower projected suicide risk attempt ($r_s = -.137, p = .016$) and lower suicide risk factor ($r_s = -.112, p = .048$). **Conclusions.** The students presented high self-esteem with absent suicide risk, but it is necessary to implement nursing interventions in this population since 5.8% presented maximum intensity of the suicide risk.

Keywords. Self-esteem, adolescents, suicide risk, nursing.

Índice de tablas

| No. tabla | Título | No. de página |
|--------------|---|------------------|
| 1 | Variables sociodemográficas de los participantes | 9 |
| 2 | Autoestima en escala total | 9 |
| 3 | Riesgo suicida en escala total y dimensiones | 9 |
| 4 | Correlación de autoestima y riesgo suicida | 10 |
| 5 | Prueba de U de Mann-Whitney para autoestima | 11 |
| 6 | Prueba de U de Mann-Whitney para riesgo de suicidio | 11 |

Índice

| | |
|--|----|
| Introducción | 1 |
| I. Justificación | 4 |
| II. Planteamiento del problema | 8 |
| III. Objetivos | 10 |
| 3.1. General | 10 |
| 3.2. Específicos | 10 |
| IV. Hipótesis | 10 |
| V. Marco teórico | 12 |
| 5.1. Autoestima | 12 |
| 5.1.1. Causas y consecuencias de la baja autoestima | 13 |
| 5.2. Riesgo de Suicidio..... | 13 |
| 5.2.1. Concepto..... | 13 |
| 5.2.2. Factores de riesgo. | 14 |
| 5.2.3. Antecedentes..... | 15 |
| 5.3. Teoría de Hildegard E. Peplau (teoría de las relaciones interpersonales)..... | 15 |
| 5.3.1. Biografía de Peplau..... | 15 |
| 5.3.2. Metaparadigma..... | 16 |
| VI. Material y métodos..... | 19 |
| 6.1. Enfoque y diseño | 19 |
| 6.2. Límites de tiempo y espacio..... | 19 |

| | |
|--|----|
| 6.3. Universo | 19 |
| 6.4. Muestra y muestreo | 19 |
| 6.5. Variables | 20 |
| 6.6. Criterios de selección..... | 20 |
| 6.6.1. Criterios de inclusión | 21 |
| 6.6.2. Criterios de exclusión | 21 |
| 6.6.3. Criterios de eliminación | 21 |
| 6.7. Instrumento | 21 |
| 6.8. Procedimiento | 23 |
| 6.9. Análisis estadístico..... | 24 |
| VII. Consideraciones éticas y legales..... | 25 |
| VIII. Resultados..... | 28 |
| IX. Discusión | 34 |
| X. Conclusiones..... | 36 |
| XI. Sugerencias..... | 37 |
| XII. Referencias..... | 38 |
| XIII. Anexos..... | 46 |
| Anexo 1 Instrumento Riesgo de Suicidio | 46 |
| Anexo 2 Escala de autoestima de Rosenberg..... | 49 |
| XIV. Apéndices | 50 |
| Apéndice 1 Operacionalización de variables | 50 |

| | |
|---|----|
| Apéndice 2 Variables sociodemográficas | 52 |
| Apéndice 3 Hoja de Consentimiento informado..... | 53 |
| Apéndice 4 Cédula de recolección de datos..... | 55 |
| Apéndice 5 Dictamen del Comité de investigación | 60 |

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), el suicidio “es un acto deliberadamente iniciado y llevado a cabo por un individuo con el conocimiento o la expectativa de que su resultado va a ser la muerte”. Un intento suicida, en cambio, puede tener o no a la muerte como el fin buscado. El riesgo suicida es la probabilidad que tiene una persona de intentar matarse.

En el mundo hay 800.000 suicidios por año, y corresponden al 1.6 % de todas las muertes. Hay muchos más suicidios, pero no son registrados por cuestiones culturales, religiosas u otras, y muchos otros son computados como accidentes. En muchos países el suicidio es una de las principales causas de muerte (OMS, 2009).

Es un problema para enfermería porque como estudiantes se tiene conocimientos acerca de psiquiatría y se conoce que por lo menos el 95% de las personas que se suicidan tienen diagnóstico de patología psiquiátrica. Y, además, porque se acepta que los intentos suicidas surgen ante un sufrimiento psíquico que sobrepasa el umbral de tolerancia del sujeto. El suicidio es un desenlace posible y frecuente de muchas enfermedades mentales. Cuando un paciente en tratamiento psiquiátrico se quita la vida, provoca en el psicólogo o médico tratante un fuerte impacto emocional.

Por la importancia que tiene esta investigación para enfermería y que también puede ser prevenido, se tiene como objetivo evaluar la relación de la autoestima con el riesgo suicida en los estudiantes universitarios, ya que es en esta población y en esta etapa donde se han conocido más casos de suicidio.

En el capítulo I de esta investigación se presenta una justificación donde se describe la mortalidad, morbilidad, la complicación, gastos, así como el acceso o factibilidad que se

tiene para llevar a cabo esta investigación. Por consiguiente, se planteó el problema a investigar y se analizarán algunos estudios relacionados a este tema, para en seguida presentar los objetivos.

En el capítulo II el marco teórico donde describe antecedentes, conceptos y factores de riesgo relacionados a las variables de estudio. Se incluye el material y métodos que se utilizaron, el enfoque y diseño, las muestras, variables, criterios de selección, exclusión y eliminación, el instrumento que se aplicó, el procedimiento llevado a cabo para realizar esta investigación, recursos y consideraciones éticas y legales.

El capítulo III muestra los resultados obtenidos en la investigación, así como la discusión, conclusiones y sugerencias.

Finalmente, se presentan los anexos, apéndices y las referencias bibliográficas que se utilizaron para elaborar este protocolo.

Capítulo I

I. Justificación

Los adolescentes son generalmente sanos, pero su vulnerabilidad es alta y su morbilidad se asocia a accidentes, violencia, suicidios, embarazos prematuros, consumo de sustancias, malos hábitos alimentarios, enfermedades prevenibles o tratables y enfermedades graves como el VIH (Andrade y Gonzáles, 2017).

De acuerdo con la OMS, a nivel mundial el suicidio se convirtió en la segunda causa de mortalidad en sujetos entre los 15 a 29 años y en los adolescentes de 15 a 19 años, el suicidio es la segunda causa de muerte entre las niñas y la tercera entre las niñas (OMS, 2019).

Las diferentes formas de conducta suicida (ideación, intento, consumado) representan hoy en día un problema de salud pública en los diversos grupos etarios, las proyecciones estiman que para el 2020 esta problemática representará el 2.4% de la tasa de morbilidad en países con economías de mercado. Usualmente, las estadísticas sugieren una mayor prevalencia de conductas suicidas en los varones de edad avanzada, sin embargo, las tasas entre los jóvenes van en aumento, convirtiéndose en uno de los grupos de mayor riesgo (OMS, 2019).

La OMS en 2014 informa que aproximadamente un millón de personas murieron por suicidio en el año 2000, y que las tasas de suicidio global han aumentado en un 60% en los últimos 45 años.

En estudios recientes se subraya que el suicidio representa la tercera causa de muerte de adolescentes en el mundo (Sánchez et al, 2010). Y en la mayoría de los países

de todo el mundo se está informando que la tasa de suicidio entre los adolescentes está aumentando de forma alarmante (OMS, 2014).

En las Américas, específicamente en Colombia (2014), en la región andina el suicidio es más frecuente en la población más joven, ya que se encuentra dentro de las tres primeras causas de mortalidad por causas externas dentro del grupo de los 5 a los 19 años de edad y por cada mujer cinco hombres se quitan la vida (Andrade y Gonzales, 2017).

En el caso de México, se ha constatado que entre 1990 y 2000 la tasa de mortalidad por suicidios se duplicó en el grupo de 11 a 19 años con respecto al período anterior de 1980 a 1990, con un incremento todavía más marcado entre las mujeres (Puentes, López y Martínez citados por Sánchez, Villarreal, Musitos, 2010).

Como se observa de los párrafos anteriores, el suicidio en los adolescentes es un problema de salud pública que debe evaluarse teniendo en cuenta los cambios biopsicosociales que sufre el ser humano en esta etapa del desarrollo. Los cuales, acompañados de sucesos vitales problemáticos, falta de soporte social o integración a redes sociales amplias, la inadecuada implementación de los recursos personales, y el deterioro de la salud afectiva, constituyen un factor de vulnerabilidad o riesgo (Ruiz y Orly citados por Arenas, Gomez, Márqueo, Forns, 2012).

Según la OMS del 12% al 25% de los adolescentes presentan alguna idea frente al suicidio, sin embargo, tener estos pensamientos hacen parte del proceso de desarrollo en la adolescencia, en donde los adolescentes buscan e intentan comprender el sentido de la vida y la muerte como parte del ciclo vital, por tanto, dentro de las reflexiones existenciales algunos pueden llegar a evaluar esta idea (Ceballos, Suárez, Suescúen, Gamarra, Gonnzález y Sotelo, 2015).

De esta manera, y para evitar las ideas suicidas en los adolescentes, se requiere que se identifique en ellos su autoestima, debido a que el tener una autoestima baja frente a los factores estresantes del medio social actual pueden llegar a presentar un factor de riesgo para la aparición de la ideación o de conductas suicidas (Ceballos et al, 2015).

Derivado de los datos previos, se observa que las enfermeras deben tener una participación importante en el cuidado de esta población en la atención primaria de salud, donde las acciones de enfermería se dirigen a brindar atención integral, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, así como las condiciones del ambiente físico que está en interacción con el individuo, su familia y/o colectividad (Medina et al, 2015).

Peplau puso de relieve la importancia de la capacidad de las enfermeras para comprender su propio comportamiento, para poder ayudar a los demás a identificar las dificultades percibidas. También describió la importancia de la relación enfermera-paciente como un proceso interpersonal significativo y terapéutico (Córdova, Estrada, Velazquez, 2013).

Por todo lo anterior, resulta necesario que enfermería identifique, primeramente, la autoestima del adolescente para buscar alternativas de cuidado debido a que que tener niveles altos de autoestima se considera como un factor protector frente a la aparición de ideas suicidas (Ceballos et al, 2015).

Algunos estudios sobre el suicidio muestran que los adolescentes presentan problemas emocionales, relacionados con la frustración de metas, las relaciones interpersonales, la autoridad y la normatividad, y han pensado en suicidarse, con cifras que van desde 6.4% (Florenzano, Macarena, Cáceres, Santander, Aspillaga y Musalem, 2012;

Rasmussen e Hidalgo, 2015), 20% (Sandoval, Vilele, Mejía y Caballero, 2018) hasta 31.6% (Gómez, Plascencia y Zamarrón, 2010).

Otros estudios señalan que los adolescentes no sólo piensan sino además intentan suicidarse [8.5% según Gómez et al (2010), 9% según lo reportado por Muñoz, Pinto, Callata, Napa y Perales (2006) y 12.5% de acuerdo con Palacios, Sánchez y Andrade, (2010)].

Además se reporta que la adaptabilidad familiar tiene un valor predictivo para la ideación suicida y para el intento suicida, controlando el efecto de ideación (Pávez, Santander, Carranza y Villarroel, 2015) y que la auto-aceptación es un factor de riesgo para el intento de suicidio en adolescente, con diferencias por sexo, donde para los hombres la aceptación de sus aspectos negativos es un factor protector y para las mujeres el rechazo a su persona se convierte en factor de riesgo para repetir el intento suicida (González y Andrade, 2012).

Otra variable estudiada es el maltrato entre iguales e intento suicida en adolescentes y se reporta que las experiencias de victimización ponen al adolescente en mayor situación de riesgo de sufrir desajustes psicosociales, que se asocian con las dificultades escolares que los adolescentes presentan (Valadez, Amezcua, González, Montes y Vargas, 2011). En este caso, el riesgo suicida puede llegar al 38% cuando se asocia con el bullying y puede aumentar a 63% si el adolescente además se encuentra deprimido (Sandoval et al, 2018).

Es posible realizar esta investigación porque se tiene acceso a los adolescentes; además el investigador será el responsable de cubrir los gastos generados en esta investigación, incluyendo material, transporte y equipo; en cuestión del tiempo se tiene disponibilidad y factibilidad para realizarla. Para la realización de esta investigación se tiene acceso a los adolescentes para encuestarlos.

II. Planteamiento del problema

La ideación suicida es como el deseo, pensamiento o plan acerca del acto de cometer suicidio, o bien la cognición orientada a imágenes sobre la pérdida del sentido de la vida o autodestructivas. Por lo cual, a través de la ideación se puede estar a alerta frente a los riesgos potenciales (Ceballos et al, 2015).

La OMS (2015) define el intento suicida como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención, este debe verse a la luz de los conocimientos actuales como falla de los mecanismos adaptativos del individuo a su medio ambiente, provocado por una situación conflictiva actual o permanente que genera un estado de tensión emocional, o como consecuencia a diversas causas, concepto que aporta una valoración integral y dialéctica de los factores que intervienen en el hecho.

Se estima que alrededor de un 20% de todos los suicidios se cometen por autointoxicación con plaguicidas, y la mayoría de ellos tiene lugar en zonas rurales agrícolas de países de ingresos bajos y medianos. Otros métodos comunes de suicidio son el ahorcamiento y las armas de fuego (OMS, 2018).

Durante la etapa de la adolescencia y de adulto joven en el ser humano se suceden sistemáticos cambios relacionados con las actitudes asumidas por los jóvenes en los aspectos psicológicos, fisiológicos, socioculturales y biológicos, se adquiere la independencia, se logra el despegue familiar, y se generan algunas conductas que inciden negativamente en el medio familiar y social, lo cual produce estilos de vida poco saludables como la conducta suicida que afecta su calidad de vida (Medina, Diaz y Rozo, 2015).

Además, se ha señalado que la presencia de estrés de vida negativo puede ser un factor de riesgo no específico que incremente el malestar emocional general, o específicamente la depresión, que a su vez puede preceder al comportamiento suicida en los adolescentes (González y Andrade, 2010), porque otros autores encontraron que los adolescentes suicidas experimentaron un nivel de estrés de vida mucho más alto durante los 12 meses previos a su muerte; y que los efectos letales del estrés pueden acumularse y tener un efecto letal en el adolescente (Casanueva y Andrade, 2010).

Es de importancia para el personal de enfermería aplicar una intervención psicoeducativa para los pacientes que han tenido un intento de suicidio, esto es realizando documentos que ofrecen información, recomendaciones, pautas y guías de acción para la detección, prevención y tratamiento de la conducta suicida (Medina et al, 2015).

Es importante para enfermería capacitar a los familiares para prevenir los suicidios y saber actuar en caso de riesgo de este acto, ya que la atención oportuna es fundamental para evitar suicidios. Para lograrlo, se requiere, como manifestó Peplau el poder ayudar a los demás a identificar las dificultades percibidas, y de ahí la importancia de la relación enfermera-paciente como un proceso interpersonal significativo y terapéutico (Pokorny citados por Raile y Marriner, 2011).

Con base en la información anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es la relación de la autoestima con el riesgo suicida en los estudiantes universitarios?

III. Objetivos

3.1. General

Evaluar la autoestima relacionada con riesgo suicida en estudiantes universitarios

3.2. Específicos

1. Describir a la población participante con base en las variables sociodemográficas.
2. Identificar la autoestima en los estudiantes universitarios.
3. Medir el riesgo suicida en los estudiantes universitarios.
4. Relacionar la autoestima y el riesgo suicida de los estudiantes universitarios.
5. Identificar las diferencias de autoestima y el riesgo suicida de los estudiantes universitarios con las variables sexo, religión, estado civil, ocupación y personas con las que vive.

IV. Hipótesis

H_0 No existe relación entre la autoestima con el riesgo suicida en los estudiantes universitarios.

H_i Existe relación entre la autoestima con el riesgo suicida en los estudiantes universitarios.

V. Marco teórico

El marco teórico es el apartado del protocolo donde se describen las variables de estudio. Se inicia con la variable independiente autoestima, su concepto, causa y consecuencias; en seguida describe la variable dependiente riesgo de suicidio, su concepto, sus factores de riesgo, diagnóstico y antecedentes. En seguida se aborda la variable adolescente, su concepto, etapas, características, la maduración sexual, crecimiento y desarrollo. Además, se incluye la teoría de Peplau que le da sustento teórico al proyecto.

5.1. Autoestima

La autoestima en los adolescentes es clave para su bienestar psicológico. Debemos trabajar en ellos la autoaceptación, el autoconcepto, la responsabilidad y la tolerancia a la frustración. La autoestima en los adolescentes determinará su calidad de vida en la edad adulta. Este músculo psicológico erige una raíz primordial en el carácter del joven en esa etapa de cambios, de desafíos y dificultades donde necesitará sin duda, no solo de todo nuestro apoyo. Sino de un apoyo inteligente, sensible y validador donde servir de ayuda y no actuar como un muro que veta (González, y Tourón, 2018).

La etapa adolescente es una de las más importantes en la vida del ser humano. Es en donde se despabilan las emociones, se descubre el carácter y se suscitan cambios que pueden reorientar el sentido de la vida misma. Y es, precisamente, en esta etapa, cuando el ser humano atraviesa la educación secundaria en donde se aterriza este análisis. La adolescencia es una de las etapas que enmarcan la vida del ser humano; la metamorfosis fisiológica y psicológica se dejan notar a primera vista; sus principales manifestaciones,

como una simple referencia sucinta, son el aumento de talla, la aparición del vello axilar y púbico, el desarrollo morfológico conforme al sexo y sus procesos singulares desde la parte fisiológica (Silva y Mejía, 2015).

5.1.1. Causas y consecuencias de la baja autoestima

Cada persona sigue su propio y único camino en la vida y, a través del mismo, va formándose su autoestima. El proceso suele ser gradual. La persona puede no darse cuenta de que está formando un poso de creencias negativas sobre sí misma (Torres, 2010).

Algunas experiencias susceptibles de alimentar las creencias negativas de una persona sobre sí misma son ser víctima de abusos (sexuales, físicos o emocionales) y la pérdida de control asociada a ellos; haber visto desatendidas sus necesidades básicas en la infancia; fracasar en cumplir con las expectativas de sus padres; sentirse el “bicho raro” de la escuela; sufrir discriminación (por discapacidad, apariencia, estatus social o cualquier otra circunstancia); verse empujado por la presión social para seguir determinadas normas; sufrir acoso o bullying laboral; padecer enfermedades que condicionen sus actividades cotidianas o impacten en su calidad de vida; sufrir por la pérdida de personas importantes de su vida; sufrir por exclusión social y soledad; y afrontar el desempleo o condiciones laborales precarias (Torres, 2010).

5.2. Riesgo de Suicidio

El riesgo de suicidio es mayormente visto en la edad de la adolescencia y los principales factores que intervienen tienen que ver con la relación familiar y escolar, para una mejor comprensión son mencionados a continuación:

5.2.1. Concepto.

La OMS (2015) define el intento suicida como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención, este debe verse a la luz de los conocimientos actuales como falla de los mecanismos adaptativos del individuo a su medio ambiente, provocado por una situación conflictiva actual o permanente que genera un estado de tensión emocional, o como consecuencia a diversas causas, concepto que aporta una valoración integral y dialéctica de los factores que intervienen en el hecho.

La ideación suicida es como el deseo, pensamiento o plan acerca del acto de cometer suicidio, o bien la cognición orientada a imágenes sobre la pérdida del sentido de la vida o autodestructivas. Por lo cual, a través de la ideación se puede estar alerta frente a los riesgos potenciales (Ceballos et al, 2015).

El suicidio (del latín, etimología sui: sí mismo y caedere: matar) es un hecho humano transcultural y universal, que ha estado presente en todas las épocas desde el origen de la humanidad. Ha sido castigado y perseguido en unas épocas y en otras ha sido tolerado, manteniendo las distintas sociedades actitudes enormemente variables en función de sus principios filosóficos, religiosos e intelectuales (Bobes et al, 2011).

5.2.2. Factores de riesgo.

Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidan están caracterizados por diferentes factores de riesgo para esta conducta, entre los que se citan: provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional, exposición a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz, los que presentan sicopatologías incluyendo la depresión, el abuso de sustancias y tener una conducta disocial, la baja autoestima, la impulsividad, la desesperanza, los amores contrariados o los problemas socioeconómicos, la falta de comunicación con los padres, la desesperanza y el maltrato, entre otros aspectos,

que limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de sus necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes los padecen (Pávez et al, 2015).

Para prevenir el suicidio es importante identificar a los adolescentes en riesgo y los factores que pudieran llevarle a una conducta suicida. Algunos factores de riesgo importantes son depresión o trastorno bipolar, sentimiento de desesperanza, disponibilidad de armas de fuego, intentos suicidas previos, abuso de alcohol o drogas, hablar frecuentemente sobre muerte o suicidio, regalar sus posesiones, hacer amenazas de suicidio (“desearía estar muerto,” “todo sería mejor si no existiera”), comportamiento autodestructivo, problemas legales o disciplinarios y conocer a alguien que haya intentado o completado suicidio, especialmente miembros de su familia, entre otros

5.2.3. Antecedentes.

El suicidio entre jóvenes es un problema de salud mental preocupante. Varias encuestas realizadas entre adolescentes apuntan a que cada año aproximadamente el 21% de los adolescentes considera intentar suicidarse, 16% desarrolla un plan suicida, 7.7% intenta suicidio y un 2.6% requiere tratamiento médico de emergencia y secundario por el intento suicida (APA, 2014).

5.3. Teoría de Hildegard E. Peplau (teoría de las relaciones interpersonales)

5.3.1. Biografía de Peplau.

Comenzó su carrera profesional en 1931, fue directora ejecutiva y, más adelante, presidenta de la *American Nurses Association*. Fue la promotora de los estándares profesionales y de la regulación mediante la otorgación de credenciales. Impartió las primeras clases a estudiantes de psiquiatría en el *Teachers College* (Columbia University),

donde puso de relieve la importancia de la capacidad de las enfermeras para comprender su propio comportamiento, para poder ayudar a los demás a identificar las dificultades percibidas. Identificó las cuatro fases siguientes de la relación enfermera paciente: orientación, identificación, explotación y resolución (Pokorny, 2006).

5.3.2. Metaparadigma.

Persona

Peplau la define como un individuo, no incluye a las familias, grupos ni comunidades. La describe como un organismo de desarrollo que se esfuerza por reducir la ansiedad provocada por las necesidades. Según Peplau la persona vive en equilibrio inestable (Pokorny, 2006).

Entorno

Peplau no lo define de forma explícita. Según Peplau la enfermera debe tener en cuenta la cultura y los valores cuando acomode al paciente en entorno hospitalario, pero no trata las posibles influencias ambientales sobre el paciente (Pokorny, 2006).

Salud

La describe como un concepto que implica un movimiento dirigido de la personalidad y otros procesos propios del hombre hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y en comunidad. Según Peplau la salud consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan. Es promovida a través del proceso interpersonal (Pokorny, 2006).

Enfermería

Para Peplau es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa de forma conjunta con otros procesos humanos que posibilitan la salud. Es una relación

humana entre un individuo que está enfermo o que se siente una necesidad y una enfermera que está preparada para conocer y responder a la necesidad de ayuda (Pokorny, 2006).

Para Peplau la enfermera consigue sus metas mediante la promoción del desarrollo de la habilidad del paciente para afrontar los problemas y conseguir un estado saludable; es un proceso mutuo y de cooperación que intenta resolver el problema.

VI. Material y métodos

6.1. Enfoque y diseño

Este estudio tuvo un enfoque cuantitativo ya que examina las relaciones entre las variables autoestima y riesgo suicida y utilizó diseño correlacional, transversal, prospectivo y no experimental (Grove, Gray y Burns, 2016).

6.2. Límites de tiempo y espacio

Esta investigación se efectuó durante el período de abril a agosto 2020. El lugar seleccionado fue la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en Morelia, Michoacán de Ocampo.

6.3. Universo

El universo de este estudio fueron los 1611 estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

6.4. Muestra y muestreo

Se utilizó una muestra probabilística con muestreo aleatorio simple y con base en una población de 1611 estudiantes de la Facultad de Enfermería en el ciclo 2019-2020, se consideró un nivel de confianza de 95% y un margen de error del 5% y la muestra final fue de 311 alumnos. La distribución de estudiantes fue por semestre y sección según se muestra en la tabla 1.

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

Tabla 1

Distribución de estudiantes por semestre y sección

| Semestre | 1 | | 3 | | 5 | | 7 | |
|----------------------|----|---|----|---|----|---|----|---|
| Muestra por semestre | 78 | | 78 | | 78 | | 78 | |
| | 1 | 5 | 1 | 5 | 1 | 6 | 1 | 5 |
| | 2 | 5 | 2 | 5 | 2 | 6 | 2 | 5 |
| | 3 | 5 | 3 | 5 | 3 | 6 | 3 | 5 |
| | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 6 | 4 | 5 |
| | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | 5 | 5 |
| | 6 | 5 | 6 | 5 | 6 | 6 | 6 | 5 |
| | 7 | 5 | 7 | 5 | 7 | 6 | 7 | 5 |
| Secciones | 8 | 5 | 8 | 5 | 8 | 6 | 8 | 5 |
| | 9 | 5 | 9 | 5 | 9 | 6 | 9 | 5 |
| | 10 | 5 | 10 | 5 | 10 | 6 | 10 | 5 |
| | 11 | 5 | 11 | 5 | 11 | 6 | 11 | 5 |
| | 12 | 5 | 12 | 5 | 12 | 6 | 12 | 5 |
| | 13 | 5 | 13 | 5 | 13 | 6 | 13 | 5 |
| | 14 | 5 | 14 | 5 | 14 | 6 | 14 | 5 |
| | 15 | 5 | 15 | 5 | | | 15 | 5 |

6.5. Variables

La variable independiente autoestima, según Rosenberg y Coopersmith, es la evaluación que el individuo hace y generalmente mantiene con respecto a sí mismo; esta expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica la medida en la que el sujeto es capaz, importante, exitoso y valioso (Bereche y Osoreo, 2015).

La variable dependiente riesgo de suicidio relacionada a la salud se define como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su (OMS, 2015).

La definición operacional de las variables se encuentra en el apéndice 1.

6.6. Criterios de selección

Los criterios de inclusión de este protocolo son los siguientes.

6.6.1. Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio a los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en Morelia, Michoacán de Ocampo, que se encontraran, inscritos, de todos los semestres, que aceptaron participar y que firmaron la hoja de consentimiento informado.

6.6.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio a quienes no estaban inscritos, a quienes no aceptaban participar y no firmaron la hoja de consentimiento informado.

6.6.3. Criterios de eliminación

Se eliminaron del estudio a quienes abandonen la Facultad de enfermería, que se den de baja de la carrera, a quienes deserten y aquellos que no contesten más del 30% del instrumento.

6.7. Instrumento

Para medir la variable de autoestima, se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg, que tiene como objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Se considera como rango medio la puntuación situada entre 25 y 35 puntos. Esta escala tiene un coeficiente alfa entre .74 y .77, fiabilidad test retest de .63 (intervalo de 7 meses) y de .85 (intervalo de 2 semanas). La validez de la escala como medida unidimensional de la autoestima ha sido también comprobada en varios estudios (Garaigordobil y Durá, 2005, citados por Corredor y Martínez, 2015).

Tabla 2*Puntos de corte de la escala Autoestima de Rosenberg*

| Escala | Bajo | Medio | Alto |
|--------------|------|-------|-------|
| Escala total | 0-25 | 26-29 | 30-40 |

Para medir la variable riesgo de suicidio, se utilizó el instrumento Escala de Ideación Suicida (SSI) elaborado por Beck, Kovacs y Weissman. El instrumento consta de 19 ítems que se presentan divididas en varias secciones que recogen una serie de características relativas a: actitud ante la vida/muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, realización del intento proyectado, y añaden una quinta sección, con dos ítems (20 y 21) en la que se indaga sobre antecedentes de intentos previos de suicidio. Estos dos ítems tienen un valor meramente descriptivo, ya que no contabilizan en la puntuación global de la escala (Beck et al, 2013).

El instrumento SSI utiliza una escala de respuesta con tres valores de 0 a 2 ((0= ausente hasta 2= máxima intensidad de la ideación suicida), y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 primeros ítems (como ya se ha indicado, 20 y 21 tienen solo valor descriptivo). El rango de puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación un más elevado riesgo de suicidio (Beck et al, 2013). El instrumento SSI se describe en el anexo 1.

De acuerdo con los autores, la escala SSI tiene los siguientes puntos de corte que se muestran en la tabla 3.

Tabla 3

Puntos de corte de la escala Escala de Ideación Suicida

| Escala | Ausente | Máxima intensidad |
|--|---------|-------------------|
| Escala total | | |
| Dimensiones | | |
| Características de la actitud hacia la vida / muerte | 0-5 | 6-10 |
| Características de los pensamientos/ideas suicidas | 0-6 | 7-12 |
| Características del intento proyecto | 0-4 | 5-8 |
| Realización del intento proyectado | 0-4 | 5-8 |
| Factores de fondo | 0-2 | 3-4 |

Para determinar la consistencia interna de los instrumentos, se realizó una prueba piloto con 30 estudiantes en el 8º semestre y se aplicó la prueba estadística de Alfa de Cronbach al instrumento Escala de Ideación Suicida y se obtuvo $\alpha = .926$ y en relación con el instrumento Autoestima se obtuvo $\alpha = .780$

6.8. Procedimiento

Se elaboró el protocolo de investigación con base en los pasos definidos por Grove et al (2016), formulando y delimitando el problema, realizando la revisión bibliográfica, definiendo el marco / desarrollo de definiciones conceptuales, formulación de hipótesis; problema que se debe investigar y objetivo.

Una vez elaborado el protocolo se solicitó y obtuvo la evaluación por el Comité de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y posteriormente se solicitó también la autorización de los directivos de la Facultad de Enfermería de la misma universidad.

Una vez obtenida la autorización, se acudió con los directivos de la instalación educativa para definir los horarios en los que se acudiría a realizar la colecta. De igual manera, se solicitaron las listas de los estudiantes a Control Escolar de la Facultad.

Se acudió en el horario convenido y se abordó a los estudiantes a quienes se invitó a participar en el proyecto, y quienes aceptaron se les informó de su participación y se les solicitó la firma de la hoja de consentimiento informado.

Se inició con la toma de datos sociodemográficos, en seguida la Escala de Ideación Suicida y terminando con la Escala de Autoestima. Se agradeció a los participantes, así como a las autoridades de la dependencia educativa.

6.9. Análisis estadístico

Se elaboró una matriz de datos en el programa SPSS versión 25. Se utilizó la estadística descriptiva para el objetivo para todos los objetivos con medidas de tendencia central, de dispersión, frecuencias absolutas y porcentajes.

En seguida se aplicó la prueba de Kolmogorov Smirnov y al no haber normalidad en la distribución de los datos, se decidió emplear estadística no paramétrica rho de Spearman y se consideró un valor estadístico de $p < .05$.

VII. Consideraciones éticas y legales

Esta investigación se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014). En este proyecto prevaleció el criterio del respeto a dignidad y la protección de los derechos y bienestar (artículo 13) de los participantes y se ajustó a los principios científicos y éticos (artículo 14, fracción I).

La Declaración de Helsinki en sus principios básicos menciona que todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad. También debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.

Además, este proyecto contó con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación (artículo 14, fracción V). La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

De acuerdo con la Declaración de Helsinki en la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones

post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Igualmente, este trabajo fue realizado por profesionales de la salud (artículo 14, fracción VI). Adicionalmente, el protocolo contó con el dictamen favorable de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación (artículo 14, fracción VII) de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (apéndice 5).

Capítulo IV

VIII. Resultados

En este capítulo se presentan los resultados de acuerdo con los objetivos de la investigación. Para el objetivo específico uno, que fue caracterizar a la población participante con base en las variables sociodemográficas, se utilizó estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central y de dispersión; y para las variables sociodemográficas de tipo nominal u ordinal se utilizó medidas de frecuencias y porcentajes. Los resultados se muestran en la tabla 1, donde se observa que la mayoría de los participantes fueron mujeres (59.5%), foráneos (74.6%), vive con otros (52.7%), no fue hijo de padres divorciados (77.5%) y 74.6% no estuvo expuesto a muertes recientes.

Tabla 1

Variables sociodemográficas de los participantes

| Variable | | <i>f</i> | % |
|---------------------------|---------|----------|-------------|
| Sexo | Hombre | 126 | 40.5 |
| | Mujer | 185 | 59.5 |
| Lugar de nacimiento | Morelia | 79 | 25.4 |
| | Foráneo | 232 | 74.6 |
| Estado civil | Soltero | 242 | 77.8 |
| | Casado | 69 | 22.2 |
| Personas con las que vive | Familia | 147 | 47.3 |
| | Otros | 164 | 52.7 |
| Padres divorciados | Sí | 70 | 22.5 |
| | No | 241 | 77.5 |
| Muertes recientes | Si | 79 | 25.4 |
| | No | 232 | 74.6 |

Nota: *f*= frecuencia, %=porcentaje. Datos extraídos del instrumento Escala de Riesgo Suicida.

Para el objetivo dos se identificó la autoestima de los estudiantes universitarios y se utilizó estadística descriptiva mediante medidas de frecuencias y porcentajes. Los resultados se muestran en la tabla 2, donde se observa que 44.7% de los participantes tienen una autoestima elevada.

Tabla 2

Autoestima en escala total

| Autoestima | <i>f</i> | % |
|------------|----------|-------------|
| Elevada | 139 | 44.7 |
| Media | 90 | 28.9 |
| Baja | 82 | 26.4 |

Nota: f= frecuencia, %=porcentaje. Datos extraídos del instrumento Escala de Autoestima de Rosemberg

Para el objetivo tres, que midió el riesgo suicida en los estudiantes universitarios, se utilizó estadística descriptiva mediante medidas de frecuencias y porcentajes. Los resultados se muestran en la tabla 3, donde se observa que el riesgo suicida estuvo ausente en la escala total (94.2%) y en las dimensiones actitud hacia la vida/muerte (91%), pensamiento suicida (93.2%), proyecto de intento 92.9%), intento proyecto (94.5%) y factor de fondo (90%).

Tabla 3*Riesgo suicida en escala total y dimensiones*

| Riesgo suicida | <i>f</i> | % |
|--------------------------------|----------|-------------|
| Escala total | | |
| Ausente | 293 | 94.2 |
| Máxima intensidad | 18 | 5.8 |
| Dimensiones | | |
| Actitud hacia la vida / muerte | | |
| Ausente | 283 | 91.0 |
| Máxima intensidad | 28 | 9.0 |
| Pensamiento suicida | | |
| Ausente | 290 | 93.2 |
| Máxima intensidad | 21 | 6.8 |
| Proyecto intento | | |
| Ausente | 289 | 92.9 |
| Máxima intensidad | 22 | 7.1 |
| Intento proyecto | | |
| Ausente | 294 | 94.5 |
| Máxima intensidad | 17 | 5.5 |
| Factor fondo | | |
| Ausente | 280 | 90.0 |
| Máxima intensidad | 31 | 10.0 |

Nota: *f*=frecuencias, % =porcentajes. Datos extraídos del instrumento escala de ideación suicida.

Para el objetivo cuatro, se buscó relacionar la autoestima y el riesgo suicida de los estudiantes universitarios, se utilizó la prueba estadística Rho de Spearman y se encontró una relación estadísticamente significativa negativa entre autoestima e índice de riesgo suicidio ($\rho = -.190$, $p = .001$) y de la autoestima con la dimensión factor de fondo suicidio ($\rho = -.190$, $p = .001$), como se observa en la tabla 4.

Tabla 4*Correlación de autoestima y riesgo suicida*

| | | Autoestima |
|------------------------|----------|-------------|
| Riesgo suicida | rho | -.104 |
| | <i>p</i> | .068 |
| Actitud ante la muerte | rho | .007 |
| | <i>p</i> | .903 |
| Pensamiento suicida | rho | -.190** |
| | <i>p</i> | .001 |
| Proyecto de intento | rho | -.108 |
| | <i>p</i> | .056 |
| Intento proyectado | rho | -.077 |
| | <i>p</i> | .176 |
| Factor de fondo | rho | -.190** |
| | <i>p</i> | .001 |

Nota: **la correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

Para el objetivo cinco, identificar las diferencias de autoestima y el riesgo suicida de los estudiantes universitarios con las variables sexo, religión, estado civil, ocupación y personas con las que vive, inicialmente se realizó la prueba Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de los datos, al no encontrarse normalidad en la distribución de los datos ($p > .05$), se decidió utilizar la prueba no paramétrica rho de Spearman. Se encontró relación estadísticamente significativa con las variables padres divorciados o separados en el último año ($U=6351.000$, $p=.002$), muerte reciente de amigo a familiar ($U=7678.500$, $p=.031$) y conducta autolesiva ($U=7678.500$, $p=.031$).

Tabla 5*Prueba de U de Mann-Whitney para autoestima*

| Variables | Autoestima | | | U | Valor p | |
|-------------------------------------|------------|-------|-------|-------|-----------|--------------|
| | X | Mdn | DE | | | |
| Sexo | | | | | | |
| | Mujer | 26.15 | 26 | 6.046 | 10453.500 | .122 |
| | Hombre | 26.83 | 27 | 6.294 | | |
| Lugar nacimiento | | | | | | |
| | Morelia | 26 | 25 | 7.086 | 7387.500 | .181 |
| | Otro | 26.55 | 26 | 5.868 | | |
| Estado civil | | | | | | |
| | Soltero | 26.53 | 26 | 6.089 | 5075.000 | .390 |
| | Casado | 25.76 | 25 | 6.553 | | |
| Padres divorciados en el último año | | | | | | |
| | Sí | 24.19 | 25 | 5.605 | 6351.000 | .002* |
| | No | 27.07 | 26.50 | 6.155 | | |
| Muerte reciente de amigo o familiar | | | | | | |
| | Sí | 25 | 25 | 5.487 | 76.78.500 | .031* |
| | No | 26.91 | 26 | 6.293 | | |
| Conducta autolesiva | | | | | | |
| | Sí | 24.73 | 25 | 4.540 | 4440.000 | .064 |
| | No | 26.68 | 26 | 6.317 | | |

Nota: $n=150$, X = Media, Mdn =Mediana, DE =Desviación estándar, U = estadístico de prueba de U de Mann-Whitney, $*p<.05$

Cuando se analizó la variable riesgo de suicidio, se encontró relación estadísticamente significativa con las variables sexo ($U=10189.000$, $p=.050$), lugar de nacimiento ($U=6961.500$, $p=.046$) y conducta autolesiva ($U=3670.500$, $p=.001$).

Tabla 6*Prueba de U de Mann-Whitney para riesgo de suicidio*

| Variables | Riesgo de suicidio | | | U | Valor p | |
|-------------------------------------|--------------------|-------|----|--------|------------|--------------|
| | X | Mdn | DE | | | |
| Sexo | | | | | | |
| | Mujer | 7.34 | 4 | 8.160 | 10189.000 | .050* |
| | Hombre | 5.77 | 3 | 6.761 | | |
| Lugar nacimiento | | | | | | |
| | Morelia | 8.96 | 6 | 9.203 | 6961.500 | .046* |
| | Otro | 6.07 | 3 | 7.051 | | |
| Estado civil | | | | | | |
| | Soltero | 6.26 | 4 | 7.129 | 4940.000 | .264 |
| | Casado | 9.61 | 4 | 10.099 | | |
| Padres divorciados en el último año | | | | | | |
| | Sí | 8.06 | 3 | 8.426 | 7911.500 | .504 |
| | No | 6.31 | 3 | 7.389 | | |
| Muerte reciente de amigo o familiar | | | | | | |
| | Sí | 6.81 | 4 | 6.389 | 8274.500 | .195 |
| | No | 6.66 | 3 | 8.048 | | |
| Conducta autolesiva | | | | | | |
| | Sí | 10.18 | 8 | 7.864 | 3670.500 | .001* |
| | No | 6.19 | 3 | 7.499 | | |

Nota: $n=150$, X= Media, Mdn=Mediana, DE=Desviación estándar, U= estadístico de prueba de U de Mann-Whitney, * $p<.05$.

IX. Discusión

El objetivo de este trabajo fue evaluar la autoestima relacionada con riesgo suicida en estudiantes universitarios y se encuestaron a 311 estudiantes de la Facultad de Enfermería que cumplieron los criterios de inclusión.

Respecto al estado civil, se analizó que en su gran parte fueron solteros y esto fue semejante a lo encontrado por Suarez et al (1997), Córdoba et al (2011), Andrade et al (2016), Sánchez et al (2010), Villareal et al (2010) es diferente a lo reportado por Tomas et al (2009) y Montes et al (2016). La revista FORENSIS (2015) del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses plantea que, durante el 2013, se presentaron 1.810 suicidios, de los cuales 117 fueron de estado civil solteros.

En cuanto a la ocupación, se encontró que en su totalidad fueron estudiante, datos que fueron iguales a los que encontró Tomas et al (2009), Montes et al (2016), Narváez et al (2012), Ceballos et al (2014), Rosales et al (2011), Andrade et al (2012), Tejada et al (2010), Sánchez et al (1997). El departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud (2001) reporta que en la actualidad ha incrementado el riesgo de contraer alguna enfermedad mental principalmente en estudiantes universitarios.

Hablando del estado civil se observó que en gran parte fueron solteros igual a lo descubierto por Plasencia et al (2010), Macarena et al (2012), Andrade et al (2012), Amezcua et al (2011), Vilela et al (2018), Rasmussen et al (2015), Muñoz et al (2006). El estudio ESEMED et al (2010) demostró que la prevalencia más alta de intentos suicidas corresponde a aquellas mujeres solteras que viven en zonas urbanas.

Referente a la ocupación se consideró que fueran en su totalidad estudiantes semejante a lo encontrado por Gómez et al (2010), Florezano et al (2012), Gonzáles et al

(2012), Rassmussen et al (2015), Palacios et al (2010), Marchargo et al (2004), Pinto et al (2006). En diferencia la revisión sistémica de la literatura internacional llevada a cabo por Nock et al (2016) observo que más del 50% que sufren o tienen intento o riesgo suicida tienen un nivel educativo bajo, en su mayoría sin estudios educativos.

En cuanto a la variable de estudio que fue autoestima en la escala total, se encontró elevada autoestima, similar a lo encontrado por Andrade et al (2016), y Ceballos et al (2014), donde más de la mitad de los pacientes manifestaron tener una elevada autoestima.

En relación con la autoestima se encontró en este trabajo que más de la mitad fue de sexo femenino, semejante a lo encontrado por Tomas et al (2016), se demostró lo contrario a lo reportado por Ceballos et al (2014), Rosales et al (2011). Por su parte la OMS (2018) reporta que la población femenina es quien más sufre de problemas relacionados con la autoestima.

Dentro de la variable riesgo suicida, se encontró ausente en la escala total, en diferencia a lo encontrado por Gómez et al (2010) y Sandoval et al (2015).

Refiriéndose al riesgo suicida se encontró que en su mayoría fue de sexo femenino similar a lo encontrado por Gómez et al (2010), Florenzano et al (2012), Palacios et al (2010), Marchargo et al (2004), Muñoz et al (2006). En su parte la OMS (2008) coincide en que las mujeres presentan mayor probabilidad de adoptar una conducta suicida a lo largo de su vida, basada en ideaciones y posibles intentos suicidas, pero sin tenencia al acto consumado, ya que en el último año es más prevalente en el sexo masculino.

X. Conclusiones

Dado que es objetivo de la investigación fue evaluar la autoestima relacionada con riesgo suicida en estudiantes universitarios, se observa que la mayoría de los participantes fueron mujeres (59.5%), foráneos (74.6%), vive con otros (52.7%), no fue hijo de padres divorciados (77.5%) y 74.6% no estuvo expuesto a muertes recientes.

Respecto al autoestima 44.7% de los participantes tienen una autoestima elevada y en cuanto al riesgo suicida, estuvo ausente en la escala total (94.2%) y en las dimensiones actitud hacia la vida/muerte (91%), pensamiento suicida (93.2%), proyecto de intento (92.9%), intento proyecto (94.5%) y factor de fondo (90%).

Respecto al autoestima los participantes tuvieron una autoestima bajo, en cuanto al riesgo de suicidio se mostró con máxima intensidad en 18 estudiantes en su escala total y dimensiones.

En cuanto a la autoestima y el riesgo suicida de los estudiantes universitarios, se encontró una relación estadísticamente significativa negativa entre autoestima e índice de riesgo suicidio ($\rho = -.190$, $p = .001$) y de la autoestima con la dimensión factor de fondo suicidio ($\rho = -.190$, $p = .001$).

También se encontró relación estadísticamente significativa con las variables padres divorciados o separados en el último año ($U = 6351.000$, $p = .002$), muerte reciente de amigo a familiar ($U = 7678.500$, $p = .031$) y conducta autolesiva ($U = 7678.500$, $p = .031$).

XI. Sugerencias

A partir de los resultados que se obtuvieron en la investigación, se sugiere realizar lo siguiente.

- Para los estudiantes universitarios
 1. Se sugiere aumentar el conocimiento general sobre los trastornos mentales y su reconocimiento en una etapa temprana, para reducir el estigma asociado al suicidio (GPC, 2012).
- Para la Facultad de Enfermería
 2. Se sugiere formar un departamento de salud mental que cuente con psicólogos capacitados y se maneje de manera obligatoria a los estudiantes asistir a las sesiones o consultas personales, para una adecuada evaluación psicopatológica.
 3. Se sugiere que la facultad de enfermería lleve a cabo un plan de actividades donde se les dé la oportunidad a los estudiantes de expresar sus emociones y así poder detectar algún riesgo dentro de los estudiantes y poder darle pronta atención.
 4. Se sugiere aplicar algún programa de la OMS, que existen a nivel internacional sobre prevención de la conducta suicida como el SUPRE (*Suicide Prevention*), con el propósito de disminuir la morbimortalidad suicida (GPC, 2012).
 5. Animar a que los estudiantes que realicen actividades deportivas, ya que ayuda a que se relajen, además de que alivia el estrés debido a las presiones que tiene en su vida.
- Para los Maestros y Padres
 6. Se sugiere obtengan una capacitación para la detección del riesgo suicida y que hacer para convertirse en un colaborador de la prevención siendo está el primer ayuda psicológica de la persona.

Decirles a sus papás que es necesario escuchar a sus hijos, además de dejar que expresen sus sentimientos y emociones.

XII. Referencias

- Asociación Médica Mundial. *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.* ().
<file:///G:/septimo/Protocolo/Manual%20de%20Publicaciones%20APA.pdf>
- Alfaro, A. (2013). *Conducta suicida adolescencia y riesgo.* *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1). 132-139. Doi: <http://scielo.sld.cu>
- Andrade, J.A. y Gonzáles, J. (2017). *Relación entre riesgo suicida, autoestima, desesperanza y estilos de socialización parental en estudiantes de bachillerato.* *Psicogente*, 20(37), 70-88. Doi: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497555990006>
- Arenas, P., Gómez, L., Marqueo, E. y Forns, M. (2012). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 1(33). 51-74.
<https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645437004.pdf>
- Bazán, J., Olórtegui, V., Varga, H. y Huayanay, L. (2016). *Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural.* *Revista Neuropsiquiatra*, 79 (1). 3-15. Doi: <file:///G:/seminario%20de%20proyectos/Bases%20de%20datos/BVS/2763-6504-1-PB.pdf>
- Beck A.T, Kovacs, M, y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale Suicide Ideation. *J. Consult Clin Psicol.*, 47: 343-352
- Bereche, V.M. y Osoreo, D.R. (2015). Nivel de autoestima en los estudiantes del quinto año de secundaria de la institución educativa privada “Juan Mejía Baca” de Chiclayo. Agosto, 2015. (Tesis de Licenciatura). Perú.

- Bobes, J., Giner, J., Saiz, J. (2011). Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela.
https://fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf
- Boffa, J., King, S., Turecki, G., Schmidt, N. (2018). Investigar el papel de la desesperanza en la relación entre el cambio de síntomas del TEPT y la tendencia suicida. *Journal of affective disorders*, 225(1). 298-301. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.004>
- Cabra O.L., Infante, D.C., Sossa, F.N. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista Médica. Sanitas*, 13 (2). 28-35. Doi: <file:///G:/seminario%20de%20proyectos/Bases%20de%20datos/suicidio.pdf>
- Casanueva, E y Morales, M. (2015). Nutrición Del Adolescente. Desarrollo humano. <http://cursos.aiu.edu/Desarrollo%20Humano%20II%20Adolescencia/PDF/Tema%203.pdf>
- Ceballos, G., Suarez, Y., Suescún, J., Gamarra, L., González, K., Sotelo, A. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en Adolescentes escolares de Santa Marta, *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 12(1), 15 – 22.
<http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1394/895>
- Córdova, A.J., Estrada, A.G., Velázquez, M. (2013). Detección de riesgo suicida en una muestra de adolescentes de las escuelas secundarias. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1). 7-21. Doi: [file:///G:/seminario%20de%20proyectos/instrumento/80225697002\[1\].pdf](file:///G:/seminario%20de%20proyectos/instrumento/80225697002[1].pdf)
- Córdova, M., Rosales, J, C., Reyes, G, S. (2013). Ideación suicida en estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande, Guerrero (México). *Psicología Iberoamericana*, 21(2). 38-47. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525005.pdf>

- Erikson, E. (2015). La Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erik Erikson. Recuperado de: <http://lateoriadeerikson.blogspot.com/2015/>Florenzano, Valdés, M., Cáceres, E., Santander, S., Aspillaga, C., Musalem, C. (2012). Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *Revista Médica de Chile*, 139(12). 1529-1533. Doi <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011001200001>
- Girard, G., (2017). El suicidio en la adolescencia y en la juventud. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 4(2). 22-31. Doi: <file:///G:/seminario%20de%20proyectos/Bases%20de%20datos/22-31.pdf>
- Giupponi, G., Giordano, G., Maniscalco, I., Erbuto, D., Berardelli, I., Conca, A., Lester, D., Girardi, P., & Pompili, M. (2018). Suicide risk in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatria Danubina*, 30 (1). 2-10. Doi: <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.2>
- Gómez, E., Plascencia, M. y Zamarrón, G. (2010). Detección del riesgo suicida y otros problemas emocionales en una muestra de adolescentes de Aguascalientes. *Investigación y ciencia de la Universidad de Aguascalientes*. 29-36. <https://www.uaa.mx/investigacion/revista/archivo/revista32/Articulo%204.pdf>
- González, C., Ramos, L., Mariño, M., Pérez, E. (2010). Vidas en Riesgo: conducta suicida en adolescentes mexicanos. *Acta psiquia psicot*, 48(4). 74-84. Doi: <file:///G:/seminario%20de%20proyectos/Bases%20de%20datos/90.pdf>
- González, M, B., Andrade, P. (2012). Autoaceptación como factor de riesgo para el intento de suicidio en adolescentes. *Universidad Nacional Autónoma de México*, 4(1). 026–035. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/salsoc/v4n1/4n1a02.pdf>
- González, M. y Tourón, J. (2018). Autoconcepto y rendimiento escolar. Sus implicaciones en la motivación y en la autorregulación del aprendizaje. Pamplona: EUNSA.

<http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/21388/1/AUTOCONCEPTO%20Y%20RENDIMIENTO%20ESCOLAR.pdf>

Grove, S.K., Gray, J. R. & Burns, N. (2016). Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. Barcelona, España: Elsevier.

Hidalgo, G, Ceñal, G., Hidalgo, V. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 21(4), 233 – 244.
<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>

Hidalgo, R., Hidalgo, A. (2015). Violencia e inseguridad contextual percibida y roles en bullying en escolares mexicanos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (2), 767-779. [DOI:10.11600/1692715x.13215021214](https://doi.org/10.11600/1692715x.13215021214)

Machargo, J., Luján, I., López, P., León, E., Martín, M.M. (2004). Percepción de sí Mismo y autoconcepto en la adolescencia. *Edupsykhé. Revista de psicología y psicopedagogía*,3(2), 141-160. <file:///C:/Users/Cristela/AppData/Local/Temp/Dialnet-PercepcionDeSiMismoYAutoconcepcionEnLaAdolescenci-1071165.pdf>

Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. (2016). DSM V, 6-19.
https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf

Medina, O, A., Diaz, A, S., Rozo, A, J. (2015). Caracterización del suicidio en adolescentes de Antioquia, Colombia. *Revista FacMed*, 63 (3):431-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.43798>

Montoya, B. (2015). Comportamiento suicida. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49523/Suicidios.pdf>

Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1). 9-18. Doi: www.revistapcna.com

Muñoz M., Pinto M., Callata C., Napa D., Perales C. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(4), 239-246.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36323402><https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36323402>

Navarro, N. (2017). *El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles*. *Clínica y Salud*, 28(2). 25–31. Doi: www.elsevier.es/clysa

Organización Mundial de la Salud. (2009). Prevención del suicidio un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea. Geneva: OMS. https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_responders_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del suicidio. OMS. Doi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf%20;jsessionid=3BFA4A64709C172AEDF4F67C502BDA78?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2018). OMS. Doi: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

- Oto, M. (2014). *Prevención y actuación ante las conductas suicidas*. Protocolo de colaboración interinstitucional. 1-114.
<file:///G:/seminario%20de%20proyectos/Bases%20de%20datos/00ProtocoloPrevencionSuicidio3.pdf>
- Palacios, J, R., Sánchez, B., Andrade, P. (2010). Intento de suicidio y búsqueda de sensaciones en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 12(1), 53-75. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80212393004.pdf>
- Pávez, P., Santander, N., Carranza, P., Villarroel, V. (2015). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo, 137(2).
[DOI: 10.4067/S0034-98872009000200006.](https://doi.org/10.4067/S0034-98872009000200006)
- Piedrahita, L.E., Paz, K.M., Romero, A.M. (2012). Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2). 136-148.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126826010>
- Programa de Atención Integral al Adolescente. (2015). Secretaría de salud.
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7091.pdf>
- Programa nacional de prevención del suicidio. Ministerio de salud. Programa nacional de prevención del suicidio: orientaciones para su implementación: MINSAL.2-72.
file:///G:/seminario%20de%20proyectos/Bases%20de%20datos/Programa_Nacional_Prevention.pdf
- Raile, M y Marriner, A. (2011). Modelos y teorías en enfermería, séptima edición. Hildegard E. Peplau. España: Elsevier. 50-52. <http://media.axon.es/pdf/82308.pdf>

- Sánchez, J.C., Villarreal, M.E., Musito, G., Martínez. (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial, 19(3). 279-287.
<http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v19n3/v19n3a08.pdf>
- Sandoval, R., Vilele, M., Mejía, C., Caballero, J. (2018). Riesgo suicida asociado a bullying y depresión en escolares de secundaria. *Revista chilena*, 89(2). Doi <http://dx.doi.org/10.4067/s0370-41062018000100209>
- Secretaría de Salud. (2015). *Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad*.
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015
- Silva, D., Valdivia, M., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R., y Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(1), 33-42. www.aeppc.net
- Silva, I., Mejía, O. (2015). Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Revista Electrónica Educare*, 19(1), 241-256. Doi: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.19-1.13>
- Torres, C. (2010-2018). Causas y consecuencias de la baja autoestima. Tus buenos momentos. Recuperado de: <https://tusbuenosmomentos.com/causas-consecuencias-baja-autoestima/>
- Valadez, I., Amezcua, R., González, N., Montes, R. & Vargas, V. (2011). Maltrato entre iguales e intento suicida en sujetos adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2 (9), pp. 783 - 796.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v9n2/v9n2a20.pdf>

Vargas H.B, Saavedra, J.E. (2012). *Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes*. Revista Neuropsiquiatra, 75 (1). 19-28.

<file:///G:/seminario%20de%20proyectos/Bases%20de%20datos/1539-2619-1-PB.pdf>

Zwald, M., Annor, F., Wilkinson, A., Friedrichs, M., Fondario, A., Dunn, A., Nakashima, A., Leah, K., Stephenson, A. (2015). *Ideas e intentos de suicidio entre estudiantes de los grados 8, 10 y 12 Utah*. Centros de Control y Prevención de Enfermedades, 67 (15). 451-454.

<https://health.utah.gov/wp-content/uploads/Final-Report-UtahEpiAid.pdf>

XIII. Anexos

Anexo 1 Instrumento Riesgo de Suicidio

Scale for Suicide Ideation, SSI. Autor: A. T. Beck, M. Kovacs, A. Weissman.

Instrucciones: En cada una de las preguntas, subraye la opción que mejor indique su estado actual. Si al momento de contestar con un 0 a las preguntas 4 y 5, pasa directamente a contestar la pregunta 20; si, por el contrario, la respuesta a la pregunta 4 ó 5 es 1 ó 2, debe contestar todas las consecuentes.

Sólo se contesta la pregunta 21 cuando la respuesta a la 20 haya sido 1 ó 2.

| I. Características de la actitud hacia la vida / muerte | | | |
|--|---|---|--|
| 1.- Deseo de vivir | 0) Moderado a intenso | 1) Débil | 2) Ninguno |
| 2.- Deseo de morir | 0) Moderado a intenso | 1) Débil | 2) Ninguno |
| 3.- Razones para vivir/morir | 0) Las razones para vivir son superiores a las de morir | 1) Iguales | 2) Las razones para morir son superiores a las de vivir. |
| 4.- Deseo de realizar un intento activo de suicidio. | 0) Moderado a intenso | 1) Débil | 2) Ninguno |
| 5.- Intento pasivo de suicidio | 0) Tomaría precauciones para salvar su vida | 1) Dejaría su vida / muerte en manos del azar (por ej.: cruzar Descuidadamente una calle muy transitada). | 2) Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ej.: un Diabético que deja de tomar la insulina). |
| Nota: Si al momento de contestar con un 0 a las preguntas 4 y 5, pasa directamente a contestar la pregunta 20; si, por el contrario, la respuesta a la pregunta 4 ó 5 es 1 ó 2, debe contestar todas las consecuentes. | | | |
| II.- Características de los pensamientos / Deseos suicidas. | | | |
| 6.- Dimensión temporal: duración | 0) Breve, períodos pasajeros | 1) Períodos más largos. | 2) Continuo (crónico), o casi continuo. |
| 7.- Dimensión temporal: frecuencia | 0) Rara, ocasional | 1) Intermitente | 2) Persistente o continuo. |
| 8.- Actitud hacia el pensamiento / deseo. | 0) Rechazo | 1) Ambivalencia, indiferencia | 2) Aceptación. |

| | | | |
|---|---|---|--|
| 9.- Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo. | 0) Tiene sensación de control | 1) No tiene seguridad de control. | 2) No tiene sensación de control |
| 10.- Factores disuasorios del intento activo. El terapeuta debe anotar cuáles son (ej.: familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversibilidad). | 0) No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio | 1) Los factores disuasorios tienen cierta influencia | 2) Influencia mínima o nula de los factores disuasorios. |
| 11.- Razones del proyecto de intento. | 0) Manipular el medio, atraer atención, venganza | 1) Combinación de ambos | 2) Escapar, acabar, resolver problemas |
| III.- Características del proyecto de intento. | | | |
| 12.- Método: especificación / planes. | 0) No los ha considerado | 1) Los ha considerado, pero sin detalles específicos | 2) Los detalles están especificados / bien formulados. |
| 13.- Método: accesibilidad / oportunidad. | 0) Método no disponible; no hay oportunidad | 1) El método llevaría tiempo / esfuerzo; la oportunidad no es accesible Fácilmente. | 2) Método y oportunidad accesible 2) Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado |
| 14.- Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento. | 0) No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente. | 1) Inseguro de su coraje, competencia | 2) Seguro de su competencia, coraje. |
| 15.- Expectativas / anticipación de un intento real. | 0) No | 1) Incierto, no seguro. | 2) Sí |
| IV.- Realización del intento proyectado | | | |
| 16.- Preparación real. | 0) Ninguna | 1) Parcial (ej.: empezar a recoger píldoras). | 2) Completa (ej.: tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada). |
| 17.- Notas acerca del suicidio. | 0) No escribió ninguna nota. | 1) Empezada pero no completada; solamente pensó en dejarla. | 2) Completada |

| | | | |
|--|------------------------------------|---|---|
| 18.- Preparativos finales ante la anticipación de la muerte (ej.: seguro, Testamento, donaciones). | 0) Ninguno | 1) Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados | 2) Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado. |
| 19.- Engaño / encubrimiento del intento proyectado (se refiere a la Comunicación de su idea al terapeuta). | 0) Reveló estas ideas abiertamente | 1) Fue reacio a revelarlas | 2) Intentó engañar, encubrir, mentir. |
| V.- Factores de fondo | | | |
| 20.- Intentos previos de suicidio. | 0) Ninguno | 1) Uno | 2) Más de uno |
| Nota: si tu respuesta a la 20 fue 1 ó 2 contesta la siguiente en caso de lo contrario no. | | | |
| 21.- Intención de morir asociada al último intento. | 0) Baja | 1) Moderada; ambivalente, insegura. | 2) Alta |

Anexo 2 Escala de autoestima de Rosenberg

Instrucciones: Por favor, leer las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con una "X" la alternativa elegida.

Las opciones de respuesta son 1= Muy en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= De acuerdo, 4=Muy de acuerdo

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|
| Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. | | | | |
| Estoy convencido de que tengo cualidades buenas. | | | | |
| Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. | | | | |
| Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a. | | | | |
| En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a. | | | | |
| Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a. | | | | |
| En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a. | | | | |
| Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo. | | | | |
| Hay veces que realmente pienso que soy un inútil en algunas ocasiones. | | | | |
| A veces creo que no soy buena persona con los demás. | | | | |

XIV. Apéndices

Apéndice 1 Operacionalización de variables

| Definición Conceptual | Definición operacional | Dimensiones | Indicadores empíricos (ítems) | Medición/ Clasificación |
|---|---|--|-------------------------------|--|
| <p>Riesgo suicida se define como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención, este debe verse a la luz de los conocimientos actuales como falla de los mecanismos adaptativos del individuo a su medio ambiente, provocado por una situación conflictiva actual o permanente que genera un estado de tensión emocional, o como consecuencia a diversas causas, concepto que aporta una valoración integral y dialéctica de los factores que intervienen en el hecho.</p> | <p>El riesgo de suicidio está dividido en varias secciones que recogen una serie de características relativas a: actitud ante la vida/muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, realización del intento proyectado, y añaden una quinta sección, con dos ítems (20 y 21) en la que se indaga sobre antecedentes de intentos previos de suicidio. Estos dos ítems tienen un valor meramente descriptivo, ya que no contabilizan en la puntuación global de la escala. Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de intencionalidad suicida.</p> | Actitud ante la vida/muerte | 1, 2, 3, 4, 5 | <p>Cada ítem se puntúa de 0-2 (0= ausente hasta 2= máxima intensidad de la ideación suicida), y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 primeros ítems, 20 y 21 tienen solo valor descriptivo).</p> <p>El rango de puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación un más elevado riesgo de suicidio.</p> |
| | | Pensamientos o deseos suicidas | 6, 7, 8, 9, 10, 11 | |
| | | Proyecto de intento de suicidio | 12, 13, 14, 15 | |
| | | Realización del intento proyectado | 16, 17, 18, 19 | |
| | | Antecedentes de intentos previos de suicidio | 20 y 21 | |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | El riesgo de suicidio será medido con el instrumento <i>Scale for Suicide Ideation</i> (SSI). | | | |
|--|---|--|--|--|

Apéndice 2 Variables sociodemográficas

| Variable | Variables Sociodemográficas | | | |
|--------------|--|---|---------------------|---|
| | Definición Conceptual | Definición operacional | Tipo | Indicadores Empíricos |
| Edad | Es el tiempo que ha vivido una persona al día de realizar el estudio. | Número de años cumplidos, según fecha de nacimiento. | Numérica, discreta | Número de años cumplidos |
| Sexo | Es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer y puede ser femenino o masculino. | Identificación del sexo por familiar a cargo. | Nominal, dicotómica | <ol style="list-style-type: none"> 1. Femenino 2. Masculino |
| Escolaridad | Período de tiempo durante el que se asiste a un centro de enseñanza de cualquier grado para realizar estudios. | Nivel o grado académico obtenido de la persona | Nominal, politómica | <ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Licenciatura 5. Otro |
| Ocupación | Es el oficio o profesión (cuando se desempeña en ésta) de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido. | Oficio o profesión de las personas. | Nominal, politómica | <ol style="list-style-type: none"> 1. Hogar 2. Empleado (a) 3. Estudiante 4. Trabajo Independiente 5. Otro |
| Estado civil | Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. | Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas. | Nominal, politómica | <ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero (a) 2. Casada (o) 3. Divorciado (a) 4. Viudo 5. Unión libre |

Apéndice 3 Hoja de Consentimiento informado

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Facultad de Enfermería

Su servidora, la pasante de licenciatura en enfermería Jocelyn Yunuen Chávez Virgen de la Facultad de enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, me dirijo a Usted para comentarle que estoy realizando una investigación con el objetivo de evaluar la autoestima relacionado con riesgo suicida en estudiantes universitarios de la Facultad de Enfermería.

Propósito del estudio. Como estudiante de Licenciatura en enfermería estoy interesada en identificar la autoestima y el riesgo suicida de los estudiantes de esta Facultad.

Descripción del estudio y procedimiento. Si Usted acepta participar en este estudio le pediré que firme esta hoja llamada “Consentimiento informado” y que me permita entregarle un cuestionario para que lo conteste cuando considere que tiene tiempo y que no intervenga en sus clases. Se le realizarán una serie de preguntas que le pido sea de la manera más sincera y verdadera, su información no es conocida por nadie más.

Riesgo. La participación en esta investigación no implica ningún riesgo para Usted porque sólo tendrá que contestar las preguntas de un cuestionario.

Costo por participar. Si Usted acepta participar no se le pedirá que realice ningún pago.

Confidencialidad. La información que Usted nos dé en los cuestionarios no será conocida por nadie más que la personas que participan en el estudio y se utilizará sólo para fines de

titulación. Toda la información que Usted nos proporcione será guardada en un lugar seguro.

Retractación. Como este proyecto en el que Usted participará es totalmente independiente de la Facultad, usted puede dejar de participar en el momento que así lo decida. Igualmente le recuerdo que este consentimiento podrá ser invalidado en el momento que así lo considere.

Para cualquier información o duda pueden comunicarse con su servidora Jocelyn Yunuen Chávez Virgen, responsable de la investigación al teléfono 4434529147 o correo: yunuen_1997@hotmail.com

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

Apéndice 4 Cédula de recolección de datos



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería



El objetivo de este cuestionario es evaluar la autoestima relacionado con riesgo suicida en estudiantes universitarios de la Facultad de Enfermería. Este cuestionario es de carácter anónimo y confidencial por ello se les pide absoluta sinceridad al momento de contestarlo.

Parte 1.

Folio_____

Instrucciones. Conteste lo que se le solicita o marque con una X la respuesta que mejor refleje su situación de salud.

Datos sociodemográficos

1. Edad: _____ años
2. Sexo: Hombre____ Mujer____
3. Ocupación: Obrero____, Hogar____, desempleado____, estudiante____
4. Lugar de nacimiento_____
5. Estado civil: Soltero ____ Casado ____ Viudo ____ Unión Libre ____ Separado ____
6. Personas con las que vive: padre____, madre____ tíos____ abuelos____
otros_____
7. ¿En el último año mis padres se separaron o divorciaron? Sí____ No_____
8. ¿Algún amigo o familiar cercano murió recientemente? Sí____ No_____
9. ¿En algún momento de mi vida, he intentado hacerme daño? Si____
No_____

10. ¿En los últimos seis meses he consumido bebidas alcohólicas en exceso? Si _____
No _____
11. ¿Pienso que soy un perdedor? Si _____ No _____
12. ¿Me extrañarían si yo faltó? Si _____ No _____
13. ¿Estoy muy dolido porque mi relación de pareja terminó en fracaso? Si _____
No _____
14. ¿En mi familia hemos sufrido violencia doméstica? Si _____ No _____
15. ¿Me agreden verbal o físicamente en el lugar donde estudio o trabajo? Si _____
No _____
16. ¿La mayoría de las personas están mejor que yo? Si _____ No _____
17. ¿Cuándo me enojo, me corto o hago cosas que me dañan? Si _____ No _____
18. ¿Mis compañeros de estudio o trabajo me hacen la vida imposible? Si _____
No _____

Parte 2. Riesgo de Suicidio

Instrucciones: En cada una de las preguntas, subraye la opción que mejor indique su estado actual.

| I.- Características de la actitud hacia la vida / Muerte. | | | |
|---|---|--|--|
| 1.- Deseo de vivir | 0) Moderado a intenso | 1) Débil | 2) Ninguno |
| 2.- Deseo de morir | 0) Moderado a intenso | 1) Débil | 2) Ninguno |
| 3.- Razones para vivir/morir | 0) Las razones para vivir son superiores a las de morir | 1) Iguales | 2) Las razones para morir son superiores a las de vivir. |
| 4.- Deseo de realizar un intento activo de suicidio. | 0) Moderado a intenso | 1) Débil | 2) Ninguno |
| 5.- Intento pasivo de suicidio | 0) Tomaría precauciones | 1) Dejaría su vida / muerte en manos del azar (por ej.: cruzar | 2) Evitaría los pasos necesarios para salvar o |

| | | | |
|---|---|--|---|
| | para salvar su vida | Descuidadamente una calle muy transitada). | mantener su vida (por ej.: un Diabético que deja de tomar la insulina). |
| Nota: Si al momento de contestar con un 0 a las preguntas 4 y 5, pasa directamente a contestar la pregunta 20; si, por el contrario, la respuesta a la pregunta 4 ó 5 es 1 ó 2 , debe contestar todas las consecuentes. | | | |
| II.- Características de los pensamientos / Deseos suicidas. | | | |
| 6.- Dimensión temporal: duración | 0) Breve, períodos pasajeros | 1) Períodos más largos. | 2) Continuo (crónico), o casi continuo. |
| 7.- Dimensión temporal: frecuencia | 0) Rara, ocasional | 1) Intermitente | 2) Persistente o continuo. |
| 8.- Actitud hacia el pensamiento / deseo. | 0) Rechazo | 1) Ambivalencia, indiferencia | 2) Aceptación. |
| 9.- Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo. | 0) Tiene sensación de control | 1) No tiene seguridad de control. | 2) No tiene sensación de control |
| 10.- Factores disuasorios del intento activo. El terapeuta debe anotar cuáles son (ej.: familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversibilidad). | 0) No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio | 1) Los factores disuasorios tienen cierta influencia | 2) Influencia mínima o nula de los factores disuasorios. |
| 11.- Razones del proyecto de intento. | 0) Manipular el medio, atraer atención, venganza | 1) Combinación de ambos | 2) Escapar, acabar, resolver problemas |
| III.- Características del proyecto de intento. | | | |
| 12.- Método: especificación / planes. | 0) No los ha considerado | 1) Los ha considerado, pero sin detalles específicos | 2) Los detalles están especificados / bien formulados. |
| 13.- Método: accesibilidad / oportunidad. | 0) Método no disponible; no hay oportunidad | 1) El método llevaría tiempo / esfuerzo; la | 2) Método y oportunidad accesible |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | oportunidad no es accesible Fácilmente. | 2) Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado |
| 14.- Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento. | 0) No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente. | 1) Inseguro de su coraje, competencia | 2) Seguro de su competencia, coraje. |
| 15.- Expectativas / anticipación de un intento real. | 0) No | 1) Incierto, no seguro. | 2) Sí |
| IV.- realización del intento proyectado | | | |
| 16.- Preparación real. | 0) Ninguna | 1) Parcial (ej.: empezar a recoger píldoras). | 2) Completa (ej.: tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada). |
| 17.- Notas acerca del suicidio. | 0) No escribió ninguna nota. | 1) Empezada pero no completada; solamente pensó en dejarla. | 2) Completada |
| 18.- Preparativos finales ante la anticipación de la muerte (ej.: seguro, Testamento, donaciones). | 0) Ninguno | 1) Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados | 2) Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado. |
| 19.- Engaño / encubrimiento del intento proyectado (se refiere a la Comunicación de su idea al terapeuta). | 0) Reveló estas ideas abiertamente | 1) Fue reacio a revelarlas | 2) Intentó engañar, encubrir, mentir. |
| V.- factores de fondo | | | |
| 20.- Intentos previos de suicidio. | 0) Ninguno | 1) Uno | 2) Más de uno |
| Nota: si tu respuesta a la 20 fue 1 ó 2 contesta la siguiente en caso de lo contrario no. | | | |
| 21.- Intención de morir asociada al último intento. | 0) Baja | 1) Moderada; ambivalente, insegura. | 2) Alta |

Parte 3. Escala de autoestima de Rosenberg

Instrucciones: Por favor, leer las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con una "X" la

| N° | Frase | Muy en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Muy de acuerdo |
|----|--|----------------------|------------------|---------------|-------------------|
| 1 | Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que Los demás. | | | | |
| 2 | Estoy convencido de que tengo cualidades buenas. | | | | |
| 3 | Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. | | | | |
| 4 | Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a. | | | | |
| 5 | En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a. | | | | |
| 6 | Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a. | | | | |
| 7 | En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a. | | | | |
| 8 | Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo. | | | | |
| 9 | Hay veces que realmente pienso que soy un inútil en algunas ocasiones. | | | | |
| 10 | A veces creo que no soy buena persona con los demás. | | | | |

¡Se le agradece su participación!

Apéndice 5 Dictamen del Comité de investigación



Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo

FACULTAD DE ENFERMERIA

E.L.E Jocelyn Yunuén Chavez Virgan
Presente

A través de este conducto se hace de su conocimiento, que la Comisión de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería, ha realizado la revisión del protocolo de investigación titulado "Autoestima relacionado con riesgo suicida en estudiantes universitarios" y dictaminó que está **APROBADO**, mismo que ha quedado registrado con el número de folio CIB/FacEnf/010/2020; por lo tanto usted puede realizar lo conducente.

Sin más por el momento, quedamos de usted.

Atentamente

Morelia, Michoacán, A 05 de mayo del 2020

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela
Coordinadora de la comisión