

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Psicología*

**Recuerdo de Ideación Suicida en la Adolescencia
en una población de adultos de 18 a 30 años con
orientación sexual diversa de la Gran Área
Metropolitana**

MICHAEL JOSÉ CHACÓN PANIAGUA

AGOSTO, 2020

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | |
|---|-----------|
| ÍNDICE DE CONTENIDO | 2 |
| ÍNDICE DE TABLAS | 4 |
| ÍNDICE DE FIGURAS | 5 |
| DEDICATORIA | 6 |
| AGRADECIMIENTOS | 7 |
| RESUMEN | 8 |
| ABSTRACT | 9 |
| CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 10 |
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 11 |
| 1.1.1 Antecedentes del problema..... | 11 |
| 1.1.2 Delimitación del problema..... | 17 |
| 1.1.3 Justificación | 17 |
| 1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN | 22 |
| 1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN | 22 |
| 1.3.1. Objetivo General..... | 22 |
| 1.3.2. Objetivos Específicos | 23 |
| 1.4 HIPÓTESIS | 23 |
| 1.4.1 Hipótesis de investigación | 23 |
| 1.4.2 Variables y definición..... | 23 |
| 1.4.3 Operacionalización de hipótesis | 24 |
| 1.5 ALCANCES Y LIMITACIONES | 25 |
| 1.5.1. Alcances de la investigación..... | 25 |
| 1.5.2. Limitaciones de la investigación | 25 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | 26 |
| 2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL | 27 |
| 2.1.1 Adolescencia y pubertad..... | 27 |
| 2.1.2 Conceptos básicos de sexualidad..... | 28 |

| | |
|--|-----------|
| 2.1.2.1 Sexo biológico | 29 |
| 2.1.2.2 Rol de género | 30 |
| 2.1.2.3 Identidad de género..... | 30 |
| 2.1.2.4 Orientación sexual | 31 |
| 2.1.2.5 Conducta sexual..... | 32 |
| 2.1.3 Suicidio: conceptos generales..... | 33 |
| 2.1.3.1 Conductas autodestructivas..... | 35 |
| 2.1.3.2 Ideación suicida | 36 |
| 2.1.3.4 Intento suicida..... | 37 |
| 2.1.3.5 Acto suicida | 38 |
| 2.1.4 Modelo psicológico del suicidio..... | 38 |
| 2.1.5 Identificación de Riesgo Suicida en la Adolescencia (IRSA) | 45 |
| 2.1.5.1 Factores de Riesgo en la ideación suicida adolescente | 45 |
| 2.1.5.2 Depresión /ansiedad..... | 49 |
| 2.1.5.3 Creencias..... | 49 |
| 2.1.5.4 Factores y conductas protectoras ante el suicidio | 50 |
| CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO | 52 |
| 3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN..... | 53 |
| 3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN | 53 |
| 3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO | 54 |
| 3.3.1 Población | 54 |
| 3.3.2 Muestra | 54 |
| 3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN | 60 |
| 3.4.1 Validez y Confiabilidad del Cuestionario | 60 |
| 3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN | 63 |
| 3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 63 |
| 3.7 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 67 |
| 3.8 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS..... | 67 |
| 3.9 ANÁLISIS DE DATOS..... | 68 |
| CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS..... | 69 |
| 4. 1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS DE LA PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA (IRSA)..... | 70 |

| | |
|--|------------|
| 4. 2 CORRELACIONES ENTRE LAS DIMENSIONES DE LA PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA (IRSA) | 75 |
| 4. 3 ANÁLISIS DE MEDIAS: PRUEBAS T DE STUDENT | 82 |
| 4. 3.1 Análisis de medias: Pruebas t de Student según sexo | 82 |
| 4. 3.2 Análisis de medias: Pruebas t de Student según orientación sexual..... | 84 |
| CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS | 87 |
| CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 95 |
| 6.1 CONCLUSIONES | 96 |
| 6.2 RECOMENDACIONES | 97 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 101 |
| GLOSARIO Y ABREVIATURAS | 105 |
| ANEXOS..... | 105 |
| PRESENTACIÓN DEL INSTRUMENTO | 105 |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO | 106 |
| CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO | 107 |
| VERSIÓN ABREVIADA DE PRUEBA IRSA | 110 |
| DECLARACIÓN JURADA | 114 |
| CARTA DE APROBACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACIÓN | 115 |
| CARTAS DE APROBACIÓN..... | 117 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Suicidios registrados en Costa Rica del 2001 y 2014 en adolescentes. Nota: Página oficial del Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica (2020). | 18 |
| Tabla 2 Operacionalización de hipótesis | 24 |
| Tabla 3 Intención de conducta sexual y conducta sexual en adolescentes. Nota: Copyright 2014 por Cannoni, González, Conejero, Merino y Schulin-Zeuthen. | 33 |
| Tabla 4 Clasificación de conductas autodestructivas según Simeon y Favazza (1995) | 36 |
| Tabla 5 Niveles de manifestación de la ideación suicida según Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez (2013) | 37 |
| Tabla 6 Factores de riesgo en la conducta suicida. Nota: Copyright 2008 por Nock (en Baca y Aroca, 2014, p. 374) | 48 |
| Tabla 7 Criterios de Inclusión y exclusión | 60 |
| Tabla 8 Fiabilidad obtenida para las subescalas del IRSA | 62 |

| | |
|--|----|
| Tabla 9 Operacionalización de variables | 64 |
| Tabla 10 Estadísticos descriptivos de las subescalas IRSA para la muestra estudiada (n= 147) . | 73 |
| Tabla 11 Correlación de Pearson entre las subescalas del IRSA..... | 75 |
| Tabla 12 Medias obtenidas para la Prueba T Student para los grupos según el sexo biológico... 83 | |
| Tabla 13 Significancia obtenida para la subescala de Ideación Suicida en la Prueba T Student para el grupo de estudio según su sexo biológico..... | 83 |
| Tabla 14 Medias obtenidas para la Prueba T Student para los grupos según la orientación sexual | 84 |
| Tabla 15 Significancia obtenida para las escalas del IRSA en la Prueba T Student para el grupo de estudio según orientación sexual..... | 85 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1. Suicidios registrados en Costa Rica del 2001 al 2014 en adolescentes. Nota: Copyright 2020 por Página oficial del Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica..... | 19 |
| Figura 2. Distribución por sexo (n= 147). | 54 |
| Figura 3. Distribución por orientación sexual (n= 147)..... | 55 |
| Figura 4. Distribución por orientación sexual de los participantes hombres (n= 58)..... | 55 |
| Figura 5. Distribución por orientación sexual de las participantes mujeres (n= 58) | 56 |
| Figura 6. Distribución de la muestra por rangos de edad (n= 147). | 57 |
| Figura 7. Distribución de la muestra escolaridad (n= 147). | 58 |
| Figura 8. Tipo de familia presente en el periodo de la adolescencia (n= 147). | 59 |
| Figura 9. Pensamiento suicida en la adolescencia dentro del grupo heterosexual (n= 113)..... | 70 |
| Figura 10. Pensamiento suicida en la adolescencia dentro del grupo sexualmente diverso (n= 34). | 71 |
| Figura 11. Intento suicida dentro del grupo heterosexual (n= 113)..... | 72 |
| Figura 12. Intento suicida dentro del grupo sexualmente diverso (n= 34). | 72 |
| Figura 13. Gráfico de dispersión entre las subescalas de Factores de Riesgo No Modificables e Ideación Suicida..... | 76 |
| Figura 14. Gráfico de dispersión entre las subescalas de Factores No Modificables y Factores Protectores..... | 77 |
| Figura 15. Gráfico de dispersión entre las subescalas de Depresión/Ansiedad con la subescala de Creencias..... | 78 |
| Figura 16. Gráfico de dispersión entre las subescalas de Depresión/Ansiedad con la subescala de Ideación Suicida..... | 79 |
| Figura 17. Gráfico de dispersión entre las escalas de Depresión/Ansiedad y los Factores Protectores..... | 80 |
| Figura 18. Gráfico de dispersión entre la subescala de Ideación Suicida y la subescala de Creencias..... | 81 |
| Figura 19. Gráfico de dispersión entre la subescala de Ideación Suicida y la subescala de Factores Protectores..... | 82 |

DEDICATORIA

Primeramente, a Dios por la oportunidad de vivir para poder concretar este sueño. A mis padres Rosa María Paniagua González y Víctor Julio Chacón Alvarado y mis hermanos, porque a través de la vida han estado pendientes de mi bienestar, sus palabras de apoyo y su amor han forjado la persona que hoy soy.

A dos personas con quienes, aunque no comparto lazos de sangre, se han convertido en pilares importantes en mi vida, y quienes con su cariño y su apoyo incondicional se ganaron el título de familia y siempre me han llenado de fortaleza, aun en momentos de oscuridad: Jeff Dixon Sterling y Angie Tello Bolaños. Ambos estuvieron presentes desde el primer día de mi proceso académico.

A mis profesoras, Lic. Ana Peñaranda González, Lic. Inti Álvarez Castro, Lic. Carolina Herrera Herrera, Lic. Mariela Coto Gutiérrez y Msc. Diana Meza Ramírez, porque su apoyo, sus palabras y sus enseñanzas a través de la carrera contribuyeron grandemente en mi preparación académica, y como inspiración para la formación profesional.

Finalmente, a todas aquellas personas quienes en algún momento de su vida sintieron el deseo de detener el sufrimiento al enfrentarse a las adversidades de la vida. Sinceramente, espero que mi trabajo pueda ayudar a otros profesionales y sus redes de apoyo a dar soporte en momentos de crisis. No están solos, y siempre habrá alguien, que como yo desee apoyarlos y brindar un par de oídos atentos, lejos de juicios de valor y discriminación.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por estar siempre dispuesta a apoyarme y motivarme a seguir adelante, aun cuando hubo dificultades a lo largo del proceso, por las palabras cálidas y por siempre creer y recordarme mis capacidades.

A mi tutor, José David Soto Hernández, Licenciado en Psicología, le agradezco por estar presente durante todo momento en este proceso para alentarme y guiarme desde la experiencia personal y el conocimiento técnico que posee, y por sobre todo confiar en mi trabajo y en mis alcances.

A mis compañeros de carrera y a aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron para poder cerrar con éxito este proceso educativo, mil gracias.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en el recuerdo de ideación suicida durante el periodo de la adolescencia con base en la orientación sexual. Asimismo, realizar un análisis de los factores protectores y de riesgo presentes en ambas poblaciones que aumentan o disminuyen los pensamientos autodestructivos en los adolescentes. Para el estudio se utilizó un diseño cuantitativo de tipo correlacional en donde se trabajó con una muestra de 147 adultos jóvenes entre los 18 y 30 años, de los cuales 113 se definieron con heterosexuales y 34 del espectro de diversidad afectivo sexual, todos residentes de la Gran Área Metropolitana, a quienes se les aplicó una versión abreviada de la prueba de Identificación de Riego Suicida en la Adolescencia (IRSA) y un cuestionario sociodemográfico. Con base en el análisis correlacional y las prueba T Student se concluyó para esta investigación que hubo diferencias estadísticamente significativas en el recuerdo de ideación suicida, durante la adolescencia de los participantes sexualmente diversos, en relación con sus pares heterosexuales. Además, el estudio evidenció una mayor presencia de factores de riesgo e indicadores de depresión y ansiedad en el grupo sexualmente diverso, así como la presencia de menores factores protectores en comparación al grupo heterosexual.

Palabras clave: Orientación sexual, ideación suicida, factores de riesgo, depresión, ansiedad, factores protectores.

ABSTRACT

The objective of this investigation is to determine if there are statistically significant differences in the remembrance of suicidal ideation during the adolescent period based on sexual orientation. Also, carry out an analysis of the protective and risk factors present in heterosexual and sexually diverse populations that increase or decrease auto-destructive thoughts in teenagers. For the study, it was used a correlational quantitative design, in which it was used a sample of 147 young adults between 18 and 30 years-old, of which 113 were defined as heterosexuals and 34 from the spectrum of sexual affective diversity, all of them residents from the Metropolitan Grand Area, to whom an abbreviated version of the test called *Youth Risk Suicidal Identification* (IRSA, for its initial in Spanish) along with a sociodemographic questionnaire were applied. Based on the correlational analysis and the T Student tests, it was concluded for this investigation that there were statistically significant differences in the memory of suicidal ideation, according to sexual orientation, during adolescence of the sexually diverse participants, in relation to their heterosexual peers. In addition, the study showed a greater presence of risk factors and indicators of depression and anxiety in the sexually diverse group, as well as the presence of fewer protective factors compared to the heterosexual group.

Key words: Sexual orientation, suicidal ideation, risk factors, depression, anxiety, protective factors.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se afirma que:

Se registran alrededor de 800,000 suicidios al año a nivel mundial, a su vez, se estima que las tentativas en la población en general podrían ser mucho mayores. La OMS (2019) señala que uno de los factores de riesgo individual más importantes para que una persona cometa suicidio es precisamente un intento no consumado. Esta problemática se vuelve más crítica al observar los datos y comprender que para jóvenes entre los 15 y 19 años se considera el suicidio la tercera causa de muerte a nivel mundial y en donde el 79% de estos casos ocurren en países de bajos y medianos ingresos. (OMS, 2019, s.n.p)

Además, la OMS (2019) señala que la ingesta de plaguicidas, el ahorcamiento y la muerte por armas de fuego son los métodos más comunes de suicidio en el mundo.

Para el planteamiento de los antecedentes de esta investigación se realizó una búsqueda de artículos científicos en diferentes bases de datos, como, por ejemplo: Google Académico, Dialnet, Redalyc y SciELO; haciendo uso de criterio de búsqueda de palabras clave como: ideación suicida, suicidio, adolescencia y población sexualmente diversa, en el periodo del 2010 al 2020. Los antecedentes encontrados se presentan a continuación subdivididos en Antecedentes Internacionales y Antecedentes en Costa Rica.

Antecedentes Internacionales

En un estudio realizado en Chile por Ventura-Juncá, Carvajal, Undurraga, Vicuña, Egaña y Garib (2010), con una población de 100 adolescentes entre los 14 y 20 años con una edad promedio de 16,2 y en donde el 54,1% eran hombres y 45,9%, mujeres; se obtuvo una prevalencia de ideación suicida de 62%, valor que llamó la atención debido a que triplica la prevalencia de intento suicidio (19%). En cuanto a las diferencias por sexo respecto a la ideación suicida, se observó que la prevalencia de ideación suicida en mujeres fue de 71%, mientras que los hombres 49%, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Una revisión, realizada por Pineda (2013) en Colombia, de artículos en inglés y español del último quinquenio en bases de datos como Google Académico, Redalyc, Byreme, Ovid, ScienceDirect, Taylor and Francis, MEDLINE, Scopus, PsycInfo y Ebsco, se concluyó que la homofobia internalizada se encuentra asociada con la ideación e intento de suicidio en población adulta. Algunos de los artículos revisados según lo plantea Pineda (2013) mostraron la relación entre la depresión, la ansiedad y la angustia con ideación e intento de suicidio en adolescentes sexualmente diversos.

Fernández y Vásquez (2013), efectuaron un estudio exploratorio con 44 jóvenes estudiantes mexicanos pertenecientes a poblaciones sexualmente diversas, 27 mujeres (62%) y 17 varones (39%). La edad promedio fue de 21 años. El 52.3% (23) se identificó como bisexual y un 45.5% (20) como homosexual, reportaron que 1 de cada 3 jóvenes encuestados abiertamente mostró ideación suicida y al menos la mitad de quienes externaron haber experimentado en algún momento pensamientos suicidas llevaron a cabo intentos suicidas, alrededor de 1 de cada 5 de los jóvenes encuestados. Fernández y Vásquez (2013) encontraron que un 41.2% los hombres externaron haber presentado ideación suicida, mientras que sólo el 7.7% de las mujeres indicó

tener dichos pensamientos. Para Fernández y Vásquez (2013) la prueba estadística basada en la distribución de Xi-Cuadrada arrojó evidencia contundente de que una proporción significativamente mayor de hombres que de mujeres alberga pensamientos de suicidarse (Ji-Cuadrada=6.96, $gl=1$, valor-p de Fisher para muestras pequeñas=0.018).

En Chile una revisión sistemática de la literatura hispana e inglesa iniciada en 2004 y completada en 2014, llevada a cabo por Tomicic, Gálvez, Quiroz, Martínez, Fontbona, Rodríguez, Aguayo, Rosenbaum, Leyton y Lagazzi (2016), para realizar un análisis de la ideación suicida, intento suicida o suicidio en población sexualmente diversa, se observó que en el periodo estudiado, existió aumento sostenido de las publicaciones sobre suicidio para poblaciones sexualmente diversas, distribuidas de la siguiente manera: “un 7% en el bienio 2004-2005, 9% en el bienio 2006-2007, 20% en el bienio 2008-2009, 22% en el bienio 2010-2011, y 42% en el trienio 2012-2013-2014” (p. 728). Además, indicaron dentro de sus resultados que:

Los estudios epidemiológicos mostraron resultados que agregaban evidencia a lo planteado por la literatura previa en relación con los malos indicadores de salud mental y a la alta incidencia y prevalencia de comportamientos suicidas (ideación e intentos) en poblaciones LGBT. Tomicic et al. (2016, pp. 730 - 731)

Específicamente, se replican los hallazgos previos que señalan que el riesgo suicida es mucho mayor en estas poblaciones al compararlas con población heterosexual y que las poblaciones LGBT presentan una mayor probabilidad de intentos suicidas.

Ortiz-Hernández y Valencia-Valero (2015) en un estudio transversal, probabilístico, estratificado y por conglomerados realizado a una muestra representativa de estudiantes de educación media superior, que se identificaron como sexualmente diversos, de las 32 entidades de la República

Mexicana, durante los meses de noviembre y diciembre de 2009, encontraron que los adolescentes que experimentaron violencia familiar y violencia en la escuela presentaron más síntomas de depresión, y una prevalencia mayor de ideación suicida (61,4% versus 28,5% en los que no la habían sufrido, $p < 0,050$), intento de suicidio (24,7% versus 5,9%, $p < 0,050$).

En un estudio realizado por Rodríguez-Ramírez y Oduber (2015) con adolescentes venezolanos, cuya muestra fue de 912 estudiantes en un rango de edad de 11 a 18 años, con una media de 14.55 años ($DE = 1.58$ años), y con una distribución de 48.4 % hombres y 51.6 % mujeres, se encontró que la depresión tiene un efecto importante en la ideación suicida en la población adolescente, por lo que se determinó que altos niveles de depresión estaban asociados a altos niveles de pensamiento y conducta suicida. Además, se encontró que cuanto mayor era el contacto con pares que manifestaban comportamientos suicidas mayor la probabilidad de ideas suicidas en los adolescentes. Adicionalmente, se identificó que la violencia doméstica en los hogares aumentaba directamente el pensamiento suicida de los jóvenes.

Tomicic, Gálvez, Quiroz et al. (2016), en una revisión bibliográfica de estudios previos realizados en Chile se encontró que el riesgo suicida es mayor en la población sexualmente diversa en comparación con la población heterosexual. Además, se indicó que esta población presentó una mayor probabilidad de intentos suicidas. Se reportó también que un poco más de la mitad de los estudios revisados evidenciaron en términos generales que identificarse como sexualmente diverso constituye un predictor de tendencias suicidas (Walls et al., 2008; en Tomicic, Gálvez, Quiroz et al., 2016). a su vez, la mayoría de las investigaciones revisadas constataron una relación entre la victimización de la población LGBT, específicamente en cuanto a factores como el abuso físico, psicológico y sexual, con la conducta suicida (Corliss et al., 2010; en Tomicic, Gálvez, Quiroz et al., 2016).

En Brasil un estudio transversal analítico llevado a cabo por Barros dos Santos, Reschetti, Martínez, Nunes, Cabral de Paulo (2017), con el objetivo de analizar los factores asociados a la ideación suicida en estudiantes universitarios, evidenció que la ideación suicida en jóvenes homosexuales y bisexuales fue significativamente más alta en comparación con jóvenes heterosexuales ($p= 0,008$ y $p<0,001$) respectivamente.

Suárez, Restrepo, Caballero y Palacio (2018), en un análisis descriptivo realizado a una muestra de 210 adolescentes con edades entre 12 y 19 años (Media= 14.6 Desviación Típica= 1.38), de la cual 57.1% fueron mujeres y 42.9% hombres, escolarizados y quienes cursaban entre el octavo y undécimo año en un colegio público de Santa Marta (norte de Colombia), encontraron que un 31.4% de adolescentes presentó riesgo suicida. En este mismo estudio un análisis bi-variado mostró que el riesgo suicida en adolescentes se asocia significativamente a la exposición de la violencia en la casa.

En un muestreo probabilístico realizado en Colombia (Pineda-Roa, 2019) en el que participaron 175 varones entre 14 y 27 años, con una edad media de 19,02 ($\pm 2,0$) años, en el que se completaron dos pruebas, una de ideas suicidas y otra de homofobia internalizada (HI), se encontró que el 18,4% reportó poca ideación suicida; el 24,6%, un nivel moderado y el 24%, un nivel alto. Los participantes indicaron que haber sufrido abuso sexual es el principal factor asociado con ideación suicida; además, los adolescentes tuvieron 3 veces más riesgo de ideas suicidas que los adultos jóvenes.

De los antecedentes presentados anteriormente, se observa que la ideación suicida es un fenómeno universal que está presente en la población adolescente a nivel internacional, y más aún se evidencia que la orientación sexual es una variable que influye en este tipo de pensamiento durante esta etapa del ciclo vital. Por lo tanto, desde el ámbito de la salud mental y

con el objetivo de comprender la problemática y la creación de estrategias que ayuden a los profesionales en salud mental a realizar un abordaje efectivo, resulta pertinente dentro del ámbito investigativo ahondar en este tema.

Antecedentes en Costa Rica

Un estudio realizado por Ulate-Gómez (2013), con 124 adolescentes costarricenses de sexto grado de la Escuela Jesús Jiménez a quienes se les aplicó los cuestionarios de Tamizaje de Riesgo del Programa de Atención Integral de la Adolescencia (PAIA) y APGAR Familiar, determinó una relación significativa entre una buena función familiar con la ausencia de los factores de riesgo en la población adolescente relacionada con la sensación de depresión ($p = 0,002$), intentos suicidas ($p = 0,003$) e ideas de muerte ($p = 0,000$).

En un estudio realizado por Morales, Jiménez, Chaves, Ramírez y García (2015) con 3373 adolescentes de las provincias de Alajuela, Cartago, Heredia y San José, en conjunto con la clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños con el propósito de realizar un diagnóstico sobre conocimientos y prácticas comunes de la población se identificó que al menos un 13% de los participantes habían presentado ideación suicida en los últimos 30 días.

Con base en los antecedentes en nuestro país, se evidencia que la ideación suicida en adolescentes costarricenses es una problemática más recurrente de lo que puede observarse y, por lo tanto, merece atención e investigación para ahondar en posibles factores que pudieran poner a nuestros jóvenes en una situación de vulnerabilidad ante la ideación y el acto suicida. Además, se observó que existe en Costa Rica poca investigación del tema de la ideación suicida en la

adolescencia, especialmente incluyendo a la orientación sexual como una variable de vulnerabilidad ante esta problemática.

1.1.2 Delimitación del problema

La investigación se realizó con una muestra de 147 personas con educación secundaria completa, con edades entre los 18 a los 30 años residentes del Gran Área Metropolitana, durante el primer semestre del año 2020, con el propósito de identificar si hubo diferencias estadísticamente significativas en el recuerdo de la ideación suicida durante el periodo de adolescencia debido a la orientación sexual de los participantes, así como determinar cuáles factores protectores y de riesgos que estuvieron presentes en esa etapa del ciclo vital. De los participantes, 34 se identificaron como sexualmente diversos y 113 como heterosexuales.

1.1.3 Justificación

En Costa Rica, según los datos del Instituto de Estadística y Censos (2020), se han registrado un total de 490 suicidios en población adolescente (edades de 10 a 19 años) entre los años 2001 y 2014, tal y como se observa en la tabla 1.

Tabla 1

Suicidios registrados en Costa Rica del 2001 y 2014 en adolescentes. Nota: Página oficial del Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica (2020).

| Año | Total de suicidios | < 1 | 1 - 9 | 10 - 19 | 20 - 29 | 30 - 39 | 40 - 49 | 50 - 59 | 60 y más | Ignorada |
|-------|--------------------|-----|-------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|----------|
| 2001 | 206 | - | - | 22 | 52 | 43 | 40 | 16 | 25 | 8 |
| 2002 | 281 | - | - | 48 | 61 | 62 | 50 | 28 | 26 | 6 |
| 2003 | 317 | - | - | 38 | 89 | 61 | 56 | 32 | 39 | 2 |
| 2004 | 294 | - | - | 34 | 68 | 59 | 58 | 41 | 32 | 2 |
| 2005 | 307 | - | - | 34 | 64 | 75 | 65 | 37 | 30 | 2 |
| 2006 | 336 | - | 2 | 41 | 93 | 58 | 74 | 36 | 31 | 1 |
| 2007 | 305 | - | - | 31 | 77 | 68 | 64 | 38 | 27 | - |
| 2008 | 325 | - | - | 35 | 92 | 65 | 60 | 45 | 28 | - |
| 2009 | 353 | - | - | 29 | 102 | 71 | 70 | 46 | 33 | 2 |
| 2010 | 311 | - | - | 19 | 79 | 81 | 65 | 35 | 30 | 2 |
| 2011 | 319 | - | - | 37 | 83 | 70 | 50 | 35 | 44 | - |
| 2012 | 306 | - | 1 | 33 | 77 | 62 | 61 | 34 | 38 | - |
| 2013 | 339 | - | - | 27 | 82 | 75 | 57 | 50 | 47 | 1 |
| 2014 | 284 | - | - | 29 | 70 | 47 | 46 | 60 | 32 | - |
| 2015 | 296 | - | - | 33 | 121 | - | 102 | - | 40 | - |
| Total | 4579 | | | 490 | 1210 | 897 | 918 | 533 | 502 | 26 |

Como se observa en la figura 1, el número de suicidios en adolescentes entre 10 y 19 años representa el 10.70% del total de defunciones registradas en el país por dicha causa entre los años 2001 y 2014. Se observa que la tendencia de suicidios en varones es creciente y en promedio corresponden a un total del 69.56% de la población entre estas edades, mientras que las cifras indican que la tendencia del suicidio en mujeres en este rango de edad, en los últimos años, ha tendido a decrecer y representan en promedio el 30.48% de las muertes registradas.

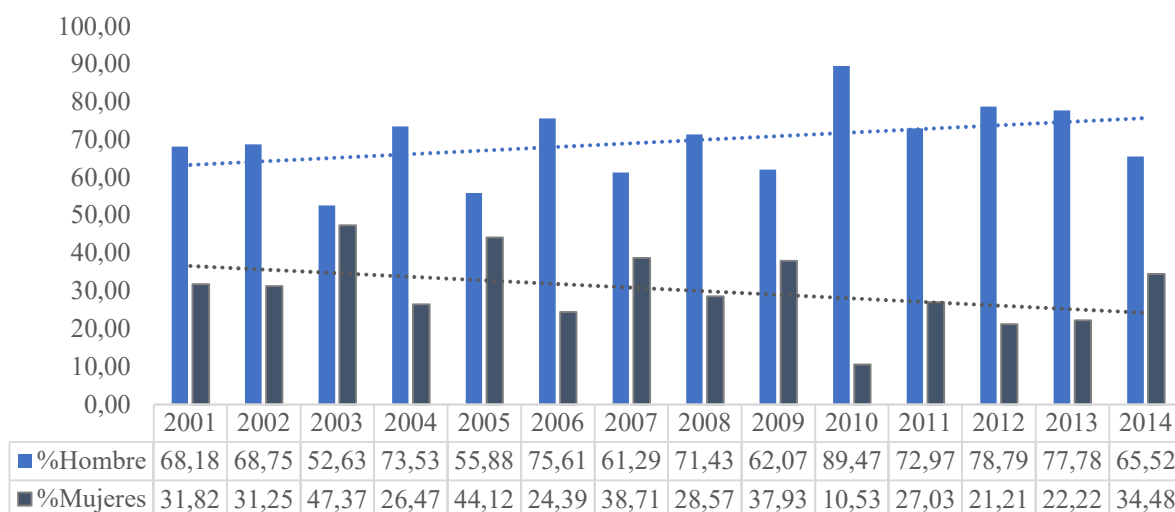


Figura 1. Suicidios registrados en Costa Rica del 2001 al 2014 en adolescentes. Nota: Copyright 2020 por Página oficial del Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica.

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU) la población adolescente ronda el 18% de la población mundial, y se estima que existen un aproximado de mil millones de personas que forma parte de esta población (ONU, 2018; en Cañón y Carmona, 2018).

El suicidio es considerado un problema de salud pública; además, se considera un fenómeno universal, atemporal, y con diversas concepciones culturales y sociopolíticas (Piedrahita, Paz, y Romero, 2012; en Cañón y Carmona, 2018). La OMS señaló que en los últimos 50 años el suicidio ha aumentado en un 60% en todo el mundo, convirtiéndose en una de las diez principales causas de muerte a nivel mundial (OMS, 2006; en Córdova, Rosales, y García, 2012).

De acuerdo con Gonçalves, da Cruz Sequeira, Duarte y de Freitas (2016, en Cañón y Carmona, 2018) esta problemática mundial da inicio con la ideación suicida, la cual es considerada como un marcador de vulnerabilidad y que, dependiendo del contexto cultural y sociopolítico, de la

estructura familiar, de factores psicopatológicos pueden hacer que la personas cometa un intento suicida, por ende, llevar a cabo la consumación del acto suicida.

Es por ello por lo que, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018; en Cañón y Carmona, 2018), ha considerado el suicidio como uno de los factores más importantes de mortalidad en adolescentes, ocupando la tercera causa de muerte a nivel mundial para esta población. La ideación suicida y el intento son más frecuentes en la población femenina y el suicidio consumado es más frecuente en la masculina (Cañón y Carmona, 2018).

De acuerdo con Pineda (2013), el suicidio es visto como una forma de violencia autoinfligida. Desde la perspectiva de la salud, “la violencia puede ser conceptualizada como causa y efecto; es causa en tanto es una forma de opresión y es efecto porque tiene repercusiones físicas y psicológicas a la misma” (Ortiz & García, 2005, p. 914; en Pineda, 2013).

Al analizar la ideación y el acto suicidas en población sexualmente diversa se deben considerar cuatro factores que resultan importantes, de acuerdo con Garnets, Herek, Levy (s.f., en Ortiz y García, 2005; en con Pineda, 2013):

1. Sigue existiendo una actitud negativa hacia esta población por gran parte de la población heterosexual.
2. Estudios previos han demostrado altos niveles de autoculpa generados por la interiorización del rechazo y la estigmatización social en la mayoría de la población sexualmente diversa, denominada como homofobia interiorizada.
3. La población sexualmente diversa tiene escasos recursos de afrontamiento para hacer frente a la homofobia institucionalizada en colegios, organizaciones, religiones y entidades del estado.

4. La identidad sexual esta población es desarrollada en ámbitos familiares en donde no se cuenta con el apoyo del grupo nuclear cuando se es víctima de violencia.

Estos factores son determinantes ante la respuesta que las personas sexualmente diversas tienen ante la ideación suicida y funcionan como factores de riesgo determinantes para que se lleve a cabo el acto suicida. Además, de acuerdo con Dohrenwend (2000; en Pineda, 2013), la exposición prolongada a estos factores estresantes en ellos contribuye a la aparición de psicopatologías como ansiedad y depresión, las cuales se encuentran estrechamente asociadas a la ideación e intento suicida en adolescentes, indistintamente del sexo (Marshall, Friedman, Stall, Smith, McGinley, Thoma, Murray, D'Augelli & Brent, 2011; en Pineda, 2013). Adicionalmente, Birkett, Espelage y Koenig (2009), D'Augelli, Pilkington y Hershberger (2002), Goodenow, Szalacha y Westheimer (2006), Rivers (2001; Saewyc, Konishi, Rose y Homma, 2016) mencionan que el suicidio en adolescentes sexualmente diversos también está asociado con psicopatologías como la depresión, pero, además, indican que existen factores como la discriminación, el acoso, el abuso y otras victimizaciones que los investigadores han asociado con el suicidio.

Saewyc, Konishi, Rose y Homma (2016) sostienen también que, pese al aumento en investigaciones sobre problemas de salud mental en jóvenes sexualmente diversos, existe poca investigación acerca de los factores protectores que pueden ayudar a los adolescentes de esta población para mitigar los riesgos de cometer acto suicida o protegerlos de la ideación.

Respecto a las tendencias suicida, ideación, intentos y actos, entre los jóvenes de minorías sexuales, Haas et al. (2011; Marshal et al. 2011; Saewyc, Skay, et al., 2007; en Saewyc, Konishi, Rose y Homma, 2016) sostienen que los estudios realizados muestran que los adolescentes sexualmente diversos tienen más probabilidades de suicidarse que sus pares heterosexuales, no

solo en América del Norte, sino también en países como Nueva Zelanda (Lucassen et al., 2011; en Saewyc, Konishi, Rose y Homma, 2016), Noruega (Wichstrom y Hegna , 2003; en Saewyc, Konishi, Rose y Homma, 2016) y Turquía (Eskin, Kaynak-Demir y Demir, 2005; en Saewyc, Konishi, Rose y Homma, 2016).

Con base en lo anteriormente descrito se considera de relevancia ahondar en la problemática de la ideación suicida en población sexualmente diversa durante el periodo de la adolescencia con el fin de determinar los posibles factores de riesgo que pudieran estar asociados, así como también aquellos factores, que permitirían a esta población enfrentar de una mejor manera las crisis que pudieran atravesar durante esta etapa del ciclo vital.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

Una vez comprendida la problemática, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ideación suicida durante la adolescencia a causa de la orientación sexual?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en el recuerdo de ideación suicida que se experimentan durante la adolescencia una población sexualmente diversa en comparación con un grupo heterosexual.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en el recuerdo de la ideación suicida durante la adolescencia de un grupo de adultos jóvenes heterosexuales y un grupo de adultos jóvenes sexualmente diversos en edades de 18 a 30 años.
2. Identificar los posibles factores de riesgo que están asociados con el recuerdo de la ideación suicida durante la adolescencia de un grupo de adultos jóvenes sexualmente diversos en edades de 18 a 30 años.
3. Reconocer los factores protectores que disminuyen el recuerdo de ideación suicida durante la adolescencia de un grupo de adultos jóvenes sexualmente con edades de 18 a 30 años.

1.4 HIPÓTESIS

1.4.1 Hipótesis de investigación

El recuerdo de la ideación suicida en la adolescencia muestra diferencias estadísticamente significativas según la orientación sexual de la persona.

1.4.2 Variables y definición

Orientación sexual: variable independiente

Recuerdo de la ideación suicida: variable dependiente.

1.4.3 Operacionalización de hipótesis

Tabla 2

Operacionalización de hipótesis

| Hipótesis | Variable | Concepto | Indicadores |
|--|--------------------|--|---|
| El recuerdo de la ideación suicida en la adolescencia muestra diferencias estadísticamente significativas según la orientación sexual de la persona. | Orientación sexual | “La orientación sexual se define como el patrón individual de atracción sexual y emocional hacia otras personas. De manera general se clasifica la orientación sexual dentro de tres grupos: heterosexual, homosexual y bisexual” (Corona y Funes, 2015, p. 75). | Heterosexual, homosexual y bisexual: preguntas 2 y 3 de apartado sociodemográfico |
| | Ideación Suicida | De acuerdo con Borges (2005) y Borges, Medina-Mora, Orozco, Oueda, Villatoro y Fleiz (2009; en Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2010) se define la ideación suicida como el pensamiento de cometer suicidio o acto suicida | Ideación suicida ítems del 37 al 47 del apartado IRSA |

1.5 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.5.1. Alcances de la investigación

- Identificación de principales factores de riesgo asociados al recuerdo de la ideación suicida en adolescentes en la población estudiada, y como estos pueden aportar a la comprensión de la ideación suicida en adolescentes sexualmente diversos.
- Delimitación de los principales factores protectores que estuvieron ausentes durante el periodo de la adolescencia en las personas sexualmente diversas que participaron de la investigación y que desde el recuerdo de los participantes aumentaron la ideación suicida durante este periodo.

1.5.2. Limitaciones de la investigación

- Poca disponibilidad de las personas sexualmente diversas a participar de la investigación.
- Imposibilidad de recolección de datos de manera presencial debido a la pandemia generado por el COVID-19.
- Poca investigación en el país referente a ideación suicida en adolescentes sexualmente diversos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1.1 Adolescencia y pubertad

Se define como adolescente a toda persona que atraviesa por un periodo de transición físico y psicológico de la etapa de la niñez a la vida adulta. De acuerdo con Hurlock (1994; en Chumpitazi, 2002) esta etapa da inicio con cambios que llevan a la madurez sexual y hasta la independización legal de la autoridad de los adultos. Esta etapa del ciclo vital no solamente supone el crecimiento de las personas en aspectos físicos, cognitivos, afectivos y sociales, sino que también según lo señalado por con Hurlock (1994; en Chumpitazi, 2002) durante esta etapa los individuos podrían estar expuestos a otras situaciones que hacen aumentar la vulnerabilidad en este periodo como lo son embarazos no deseados y abortos, aparición de infecciones de transmisión sexual; accidentes, homicidios y suicidios; consumo de drogas legales e ilegales, entre otras.

La etapa que antecede a la adolescencia es típicamente conocida como la pubertad, e inicia los cambios hormonales que influyen en los cambios de las características físicas y psicosexuales. Este proceso puede iniciar desde los 8 o 9 años y extenderse hasta los 15 o 16 años, dependiendo del individuo. De acuerdo con Papalia, Olds y Feldman (2002) dentro de los cambios más significativos que involucra esta etapa se encuentran:

1. Aumento de estatura y peso.
2. Crecimiento de los genitales y glándulas mamarias.
3. Aparición del vello púbico y corporal.
4. Aumento en la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas.
5. Inicio de la menstruación.

6. Eyaculaciones nocturnas.

7. Cambios en la voz.

2.1.2 Conceptos básicos de sexualidad

Según lo señala Dio Bleichmar (2000; en Fernández, 2012) la adolescencia es el período en la cual los niños inician el proceso de convertirse en adultos, y en la que se observa no solamente la transformación física, sino que también se observan procesos de cambio psicológicos y emocionales de alta complejidad. Dio Bleichmar (2000; en Fernández, 2012) afirma que: “las transformaciones y vivencias durante esta etapa son innumerables, pero principalmente se enfocan sobre la consideración del cuerpo adolescente y su relación con la sexualidad” (p. 47). A partir de a reconocimiento de la corporalidad los adolescentes acceden a nuevas experiencias respecto a su sexualidad.

La sexualidad es una faceta de la identidad y el desarrollo sexual saludable es un objetivo importante de la adolescencia. Las decisiones que están asociadas al desarrollo sexual adolescente tienen a menudo importantes implicancias para la salud y la educación, así como para las relaciones actuales y futuras. (Corona y Funes, 2015, p.74)

Vargas (2013) apunta a que la sexualidad está presente en los seres humanos desde el nacimiento hasta la muerte; sin embargo, afirma que para Roldán, López y Cabello (2004; en Vargas, 2013) “la sexualidad puede extenderse algo más; es decir, hasta la integración de nuestros componentes” (p.142).

Ante la complejidad que la sexualidad humana supone, es preciso aclarar la diferencia entre sexo biológico, identidad de género, rol de género, orientación y conducta sexuales.

2.1.2.1 Sexo biológico

Vargas (2013) refiere el sexo biológico como el conjunto de características biológicas que diferencian a machos de hembras, y que permite hacer diferencia entre los individuos como portadores de uno u otro gameto. Corona y Funes (2015) extienden esta definición al precisar que el sexo biológico es el sexo cromosómico presente en los individuos al nacer, y que es observable a través de los genitales externos e internos y estructuras neuro encefálicas y neuroendocrinas y el cual es generalmente asignado a partir de la apariencia de los genitales externos.

Sin embargo, la creencia rígida de la existencia de solamente dos sexos, hombre y mujer, los cuales son definidos por la apariencia sexual específica también supone un problema para las personas que nacen y cuyos genotipos y/o fenotipos sexuales no encajan dentro de la norma (Agramonte, 2008), ya que dentro de la complejidad cromosómica de los seres humanos también se ha determinado la existencia de personas intersexuadas o con ambigüedad genital. De acuerdo con Hughes, Houk, Ahmed, Lee y LWPES1/ESPE2 Consensus Group (2006, en Agramonte, 2008) “las ambigüedades sexuales en los seres humanos pueden hacerse manifiestas de diferentes formas, por ejemplo, que al momento de nacer el individuo tenga apariencia externa femenina pero una anatomía interna mayormente masculina” (Agramonte, 2008, p.19).

Agramonte (2008) hace énfasis en que la anatomía intersexual no siempre puede ser detectada al momento del nacimiento, sino que en algunos casos la intersexualización se hace notoria, de una u otra forma, hasta que la persona alcanza la pubertad.

2.1.2.2 Rol de género

Los roles de género se definen como “el conjunto de conductas a través de las cuales el individuo transmite a la sociedad en general que es hombre o mujer, habitualmente en concordancia con el sexo biológico y la identidad de género” (Corona y Funes, 2015, p. 75). Lindsey (2015) define los roles como el comportamiento esperado de un individuo ante una determinada situación y que se encuentra en concordancia con las normas sociales; además, son clave para la estructura social, para la organización de la vida de una manera predecible.

Rocha-Sánchez y Díaz-Loving (2005, p. 42; en Alzás, Galet & De Souza, 2016) afirman que:

Cada cultura define, establece, da forma y sentido a un conjunto de ideas, creencias y valoraciones sobre el significado que tiene el ser hombre o el ser mujer, delimitando los comportamientos, las características e incluso los pensamientos y emociones adecuados para cada ser humano, con base en esta red de estereotipos o ideas consensuadas. (p.76)

De acuerdo con Monreal, Cárdenas y Martínez (2018) los roles de género permiten el establecimiento de las diferencias psicoemocionales y sociales entre hombres y mujeres, e influyen en la manera en que las personas se relacionan entre sí y la forma en que se perciben a sí mismos.

2.1.2.3 Identidad de género

Para Castro (2003; en Vargas, 2013) la identidad de género tiene componentes adicionales al sexo biológico, en donde se incluyen los valores, las actitudes y los comportamientos que están circunscritos en la cultura en donde se desarrolla la persona y que son transmitidos a ella. García

y Leiva (2005; en Alzás, Galet y De Souza, 2016) sugieren que la identidad de género en las personas se ve determinada por dos vertientes biopsicosociales, la primera centrada en los procesos individuales e internos, que incluyen teorías cognitivas; y la segunda, a través de la interacción de procesos psicológicos básicos, factores sociales y situaciones que vive el individuo.

Dentro de la construcción de la identidad de género es importante señalar que autores como Kohlberg (1966; en Alzás, Galet & De Souza, 2016,) dan relevancia al concepto de la psicología social de la autocategorización, porque la identidad de género, según lo explica él, es un proceso que se lleva a cabo en tres etapas: el etiquetaje, la estabilidad y la constancia de género o identidad. La autocategorización se da en la primera fase, posteriormente se requiere de una fase de estabilidad, donde la persona se identifica con la categoría, es decir con el grupo de pertenencia. “Y, por último, en la etapa de constancia de género es cuando se asimila e interioriza la identidad de género” (Alzás, Galet y De Souza, 2016, p.77).

Corona y Funes (2015) definen la identidad de género como el autoreconocimiento y aceptación de pertenecer al género masculino o femenino, y que en muchos de los casos coincide con el sexo biológico.

2.1.2.4 Orientación sexual

De acuerdo con Corona y Funes (2015,) la orientación sexual se define como el patrón individual de atracción sexual y emocional hacia otras personas. De manera general se clasifica la orientación sexual dentro de tres grupos:

1. Heterosexual: Para categorizar a las personas que sienten atracción hacia personas del sexo opuesto
2. Homosexual: Incluye a los individuos que sienten atracción hacia personas de su mismo sexo
3. Bisexual: Se refiere a la población que siente atracción hacia ambos sexos.

Para Orozco, Orozco, García, Pérez y Miranda (2010; en Vargas 2013,), la orientación sexual se define como una atracción constante hacia un tipo particular de personas en el plano emotivo, romántico, sexual y afectivo.

2.1.2.5 Conducta sexual

Corona y Funes (2015,) definen la conducta sexual como:

La manera de expresar los sentimientos sexuales, las cuales pueden incluir besos, caricias, masturbación, actos sexuales no penetrativos, sexo oral, vaginal y anal, sexo por teléfono, *sexting* (envío o recepción de mensajes de texto o imágenes con contenido sexual explícito), sexo por chat (con o sin cámara) y sexo virtual. (p. 75)

Cannoni, González, Conejero, Merino y Schulín-Zeuthen (2014), identificaron cinco intenciones de conductas sexuales en adolescentes, según se muestra en la tabla 2.

Tabla 3

Intención de conducta sexual y conducta sexual en adolescentes. Nota: Copyright 2014 por Cannoni, González, Conejero, Merino y Schulin-Zeuthen.

| Intención de conducta | Definición |
|-----------------------|---|
| Postegadoras | Adolescentes que nunca han tenido coito vaginal y reportan menos de un 50% de probabilidades de que esto ocurra en los próximos seis meses. |
| Anticipadoras | Adolescentes que nunca han tenido coito vaginal, pero que reportan un 50% o más de probabilidades de iniciarse en los próximos seis meses. |
| Coito único | Adolescentes que han tenido sólo una vez coito vaginal. |
| Pareja única | Adolescentes que han iniciado coito vaginal y reportan sólo una pareja sexual. |
| Múltiples | Adolescentes que han iniciado coito vaginal y que reportan más de una pareja sexual. |

2.1.3 Suicidio: conceptos generales

Pudiera considerarse que la definición del suicidio podría resultar clara y comprensible para la gran mayoría de personas, al entenderse como la muerte producida de manera intencional por la persona que lo comete. Miranda, Hernández y García (2016) concuerdan con que la definición de la palabra como tal tiene origen etimológico en la unión de dos palabras latinas *sui* (sí mismo) y *cidium* (matar), por lo que literalmente se entiende el vocablo como la acción de matarse a sí mismo y agregan que el suicidio es la manifestación más extrema de violencia hacia sí mismo. No obstante, Echeburúa (2015) apunta a que desde la psicología clínica la definición de la palabra como tal contiene significados diversos. Esta afirmación supone que el suicidio es un fenómeno que puede ser conocido por muchos, inclusive en algún momento de la vida puede ser considerado por algunas personas; sin embargo, debido a la complejidad de su significado puede ser comprendido de diversas formas por las personas y dentro del marco cultural.

De acuerdo con Echeburúa (2015), la conducta suicida posee tres componentes básicos que se pueden clasificar en tres niveles para su comprensión:

El nivel emocional que se caracteriza por un sufrimiento intenso de la persona que considera el suicidio como un escape de la realidad en la que se desarrolla; nivel conductual en el cual existe una carencia de recursos psicológicos para hacer frente a las situaciones en las que el individuo se desenvuelve; y por último un nivel cognitivo en donde la persona enfrenta una profunda desesperanza y en donde se percibe a la muerte como la única salida a las situaciones por las que está atravesando. (p. 118)

Desde esta perspectiva teórica Bobes, Giner y Saiz (2011; en Echeburúa, 2015) afirman que el suicidio no es un problema moral. Es decir, los que intentan suicidarse no son cobardes ni valientes, sólo son personas que sufren, que están desbordadas por el sufrimiento y que no tienen la más mínima esperanza en el futuro (Bobes, Giner y Saiz, 2011; en Echeburúa, 2015). Spirito y Donaldson (1998; en Echeburúa, 2015) extienden esta idea al afirmar que muchas de las personas que llevan a cabo una conducta suicida no quieren, sino que lo que realmente desean es dejar de sufrir.

Para Miranda, Hernández y García (2016) la aproximación teórica de este tema en los últimos años ha demostrado que los comportamientos suicidas están ampliamente relacionados con la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales, culturales y las condiciones económicas desfavorables.

2.1.3.1 Conductas autodestructivas

Para López (2013; en Sánchez 2016) “una conducta autodestructiva es cuando una persona se pone física o psicológicamente en peligro” (p. 43). Para Sánchez (2016) las personas buscan a través de conductas como por ejemplo el consumo o abuso de sustancias, sentir bienestar ante situaciones que pueden resultar dolorosas tanto física o psicológicamente y expande afirmando que la conducta esta predeterminada a aliviar de manera temporal el sufrimiento causado por la exposición al dolor y explica que “al atentar contra la propia vida es una conducta a la que se recurre para aliviar el dolor de forma permanente” (p. 43).

De acuerdo con Villarroel (2013; en Cadme y Rojas, 2014), las conductas autodestructivas más observadas en la adolescencia son los cortes, rascarse la piel hasta sangrar, quemarse y los golpes. Además, estas conductas están asociadas a factores como la falta de recursos económicos, la etapa del ciclo vital (es más común observarlas en adolescentes), la orientación sexual, el abuso sexual y una deteriorada relación con el grupo familiar.

Simeon y Favazza (1995; en Villarroel, 2013; en en Cadme y Rojas, 2014) proponen una clasificación de las conductas autodestructivas como se muestra en la tabla 3.

Tabla 4
Clasificación de conductas autodestructivas según Simeon y Favazza (1995)

| Tipo de Conducta | Descripción |
|-----------------------------------|--|
| Conducta autolesiva mayor | Actos que provocan daños permanentes y severos, como por ejemplo amputación de extremidades, y que generalmente ocurren en episodios psicóticos o esquizofrénicos. |
| Conducta autolesiva estereotipada | Frecuentemente presentadas en personas con Trastorno del Espectro Autista o patologías neurológicas. Como por ejemplo golpes repetitivos en la cabeza, rasguños o tirarse del pelo. |
| Conducta autolesiva compulsiva | Son conductas repetitivas y compulsivas que causan daño moderado, cuando no existe una patología neurológica o trastorno en el paciente. |
| Conducta autolesiva impulsiva | Estas conductas suelen presentarse como rituales y son observadas en personas con trastorno de personalidad limítrofe, trastornos anímicos o estrés. Pueden producir daño leve o moderado y son las más comúnmente observadas. |

2.1.3.2 Ideación suicida

Según lo señala Echeburúa (2015), la ideación suicida ocurre cuando a nivel cognitivo la persona puede tener la intención de autoeliminación, sin que existan aún una conducta encaminada a la consecución de la muerte. En concordancia con Echeburúa, De la Torre Marti y Santacreu (2013; en Flores, 2019) definen la ideación suicida como “la aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar la propia existencia” (p. 31). En otras palabras, se habla de ideación suicida cuando la persona piensa en la muerte como una salida a los problemas que está enfrentando. El pensamiento suicida, cuando es acompañado por un plan de como acabar

con la vida, es regularmente un predictor de un posible acto suicida en un futuro cercano Echeburúa (2015).

La ideación suicida regularmente no se expresa a otras, y el pensamiento por lo general suele ser duradero en el tiempo (Echeburúa, 2015). Para Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez (2013; en Flores, 2019), la ideación suicida puede manifestarse de diferentes maneras. La tabla 4, muestra los diferentes niveles de manifestación de la ideación suicida.

Tabla 5

Niveles de manifestación de la ideación suicida según Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez (2013)

| Tipo de manifestación | Descripción |
|---|--|
| Idea suicida sin planeación | La persona tiene pensamientos de autoeliminación, pero no sabe cómo hacerlo. |
| Idea suicida con método inespecífico o indeterminado | La persona tiene pensamientos de autoeliminación, y ha considerado varios métodos para hacerlo, pero no ha tomado una decisión de cuál utilizar. |
| Idea suicida con método específico, pero no planificado | La persona tiene pensamientos de autoeliminación, ha elegido ya un método para llevarlo a cabo, pero aún no sabe cuándo va a ocurrir. |
| Plan suicida | La persona tiene pensamientos de autoeliminación, ha elegido un método específico, el lugar donde hacerlo, y cómo hacer para no ser descubierto y alcanzar el objetivo de morir. |

2.1.3.4 Intento suicida

Moreno-Ceballos (2000; Amones, 2015) define el intento suicida como cualquier acto que tenga la intención de terminar con la propia vida. Además, amplía el concepto al afirmar que el intento

suicida también puede tener la intencionalidad de llamar la atención por parte de quien lo comete u obtener algún tipo de ganancia.

2.1.3.5 Acto suicida

Por otra parte, el acto suicida es la acción o puesta en práctica de una conducta destinada con acabar con la vida Moreno-Ceballos (2000; Amones, 2015).

2.1.4 Modelo psicológico del suicidio

Existen diversos modelos teóricos que explican el fenómeno del suicidio. Para Villardon (1993) el suicidio puede ser comprendido tradicionalmente desde dos vertientes: el resultado de las interacciones sociales y el resultado de la individualidad de la persona quien lo considera como una alternativa. Algunos modelos teóricos abordan el suicidio y su interpretación desde el ámbito sociológico en donde el fenómeno es comprendido como el resultado de la interacción de la estructura social y sus características. Esta idea es apoyada por Durkheim (2003; en Sánchez-Loyo, Quintanilla, Cruz, Morfín, Contreras, García y Hernández, 2014) cuando afirma que “la sociología explica el suicidio como resultado de las condiciones y estructuras de la sociedad” (p.1447). Para Sánchez-Loyo et al. (2014), las concepciones culturales determinan el cómo un sujeto hace frente a los problemas. Conjuntamente, el fenómeno puede ser explicado desde un modelo psiquiátrico de orientación clásica en donde se comprende el fenómeno desde una perspectiva de enfermedad mental, desórdenes de pensamiento y afecto o voluntad; y desde una orientación epidemiológica que intenta hacer una aproximación de la conducta suicida como el resultado de variables individuales y sociales (Vallardon, 1993).

No obstante, en esta investigación se aborda la comprensión del fenómeno y de los factores inherentes a él desde un modelo psicológico contemporáneo que permita una aproximación a la comprensión de los factores que transaccionan para la explicación de la ideación y la conducta suicida en personas del espectro de diversidad afectivo sexual. Desde este enfoque para la comprensión del suicidio como fenómeno, convergen ideas de la fenomenología de los individuos, la teoría de los constructos personales y las teorías de personalidad (Vallardon, 1993).

Con base en la fenomenología, la ideación y la conducta suicida tiene como elementos psicológicos la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese, y concluye en que este fenómeno posee nueve características psicológicas comunes como lo son:

1. “El propósito común del suicidio es buscar una solución.
2. El objetivo común es el cese de la conciencia, del contenido insufrible de la mente.
3. El estresor común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas.
4. La emoción común en el suicidio es la indefensión-desesperanza.
5. El estado común es la ambivalencia.
6. El estado perceptual común en el suicidio es la constricción. La persona percibe solamente una posibilidad antes los problemas.
7. La acción común es el escape.
8. El acto interpersonal común es la comunicación de la intención.
9. El acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de la vida” (Sheiman, 1976, en Vallardon, 1993, pp. 50-51).

Desde la teoría del constructo personal los individuos suicidas presentan las siguientes características:

1. “Anticipación del fracaso. Esta variable está íntimamente relacionada con la desesperanza con respecto al futuro.
2. Autoconstrucción negativa. Se refiere a una visión negativa de sí mismo, lo que tiene mucho que ver con una baja autoestima.
3. Construcción polarizada o, de otra forma, pensamiento dicotómico. Se caracteriza por un modo de razonar que prescinde de las posibilidades intermedias y se ciñe solamente a las posibilidades extremas.
4. Aislamiento interpersonal” (Kelly, 1955; en Neimeyer, 1983; en Vallardon, 1993, p. 51).

Finalmente, los modelos de personalidad sugieren algunos atributos de la personalidad que pueden explicar el fenómeno del suicidio, dentro de los que se destacan:

- Inestabilidad del ánimo.
- Conducta agresiva.
- Conducta disocial.
- Elevada impulsividad.
- Rigidez de pensamiento y terquedad de la conducta.
- Pobres habilidades para resolver problemas.
- Incapacidad para pensar realísticamente.
- Fantasías de grandiosidad alternando con sentimientos de inferioridad.
- Sentimientos de frustración.
- Manifestaciones de angustia ante pequeñas contrariedades.

- Elevada autoexigencia que rebasa los límites razonables.
- Sentimientos de ser rechazado por otras figuras significativas.
- Dificultades con la aceptación de la orientación sexual.
- Relación ambivalente con los progenitores, otros adultos y amigos.
- Frecuentes sentimientos de desamparo y desesperanza.
- Ser frecuentemente heridos con la mínima crítica. (Pérez Barrero, S. 1996; en Campos, 2009, pp. 57-58).

También el estudio del suicidio ha permitido también la creación de modelos interdisciplinarios que permiten comprender el fenómeno desde diversos puntos de vista en disciplinas que complementan a la psicología contemporánea. Por ejemplo, el modelo de vulnerabilidad psicosocial que explica que el apoyo social es un factor crítico y determinante en cuanto refiere a aspectos importantes que engloban todo lo referente a la vulnerabilidad de una persona. La ausencia de una red de apoyo adecuada que permita expresar a las personas lo que les ocurre y obtener de esta forma soporte, podría propiciar el suicidio Vallardon (1993). Para Vallardon (1993) el ser humano no puede permanecer aislado especialmente cuando se encuentra en estado de vulnerabilidad.

Cuando se habla de vulnerabilidad psicosocial, se hace referencia a los riesgos sociales y psicológicos que cada individuo puede enfrentar al no tener los recursos adecuados psicológicos y las redes de apoyo adecuados para pedir ayuda de forma oportuna. Estos recursos emocionales y de apoyo social son variables de persona a persona y puede que la vulnerabilidad se manifieste en menor o mayor medida, de acuerdo con las herramientas de afrontamiento existentes y desarrolladas en cada individuo (Vallardon, 1993).

Es importante hacer énfasis en una realidad en la que Vallardon (1993) aborda respecto a los aspectos determinantes en tendencias suicidas particularmente en adolescentes y jóvenes en donde se observa una predominancia de escasez de recursos psicosociales. Por otro lado, Vallardon (1993) hace referencia a una propuesta que resulta interesante ya que indica que la conducta suicida no solamente surge de las interacciones sino también de las transacciones que no abarca únicamente la esfera psicosocial, sino que también está vinculada con variables cognitivas, ambientales e inclusive emocionales. A todas luces, esto abre un amplio abanico de posibles combinaciones existentes y preexistentes que podrían dar como fruto un comportamiento suicida.

Vallardon (1993) dice que la depresión sin apoyo puede resultar fácilmente en desesperanza y esto podría inferir en la aparición de ideas suicidas. Por lo tanto, personas con creencias desadaptativas con poco arraigo emocional a la vida son proclives a desarrollar tendencias suicidas.

Asimismo, el modelo de vulnerabilidad biopsicosocial realiza un acercamiento del fenómeno y los factores determinantes apuntando hacia el contexto sociopolítico, la vulnerabilidad biológica, las experiencias vividas en las primeras etapas del desarrollo, el constructor de la personalidad especialmente en aspectos de autoestima, las relaciones objetales y el estado de estas al momento de desarrolla algún tipo de preocupación suicida, patologías y depresión clínica, son determinantes en el tema de las ideas y comportamiento suicida (Vallardon, 1993).

De acuerdo con Vallardon (1993) el paradigma biopsicosocial, que comprende un modelo de la conducta suicida donde dentro de las aristas más importantes destacan las siguientes:

- El comportamiento suicida no es estático, sino dinámico y cambiante.

- Es multifactorial.
- Es el desenlace de una serie variada de transacciones biopsicosociales.

Por ser un proceso que podría estar siendo afectado por factores múltiples donde además se considera circular y dinámico, la persona puede entrar y salir del proceso en diversas ocasiones con sintomatología en menor o mayor medida. Se dice también que factores culturales, el sexo, la etnia y la personalidad de la persona, tienen una participación importante en el desarrollo del proceso lo cual también contribuye a que estas combinaciones sean tan dinámicas y variables que la persona puede pasar de las ideas a la planificación y de ahí a la acción suicida en diferentes puntos dentro del ciclo (Vallardon, 1993).

Finalmente, complementa a la psicología contemporánea para la comprensión del suicidio el modelo de socio-individual de la conducta suicida que explica que en el fenómeno del suicidio existe una interacción de la vulnerabilidad del individuo al estrés y propone cuatro contextos importantes:

- *Contexto social general:* La diseminación de información a través de los medios de comunicación sobre actos suicidas ha sido muy estudiado por el tema de imitación que podría generarse en poblaciones vulnerables siendo más propensos los adolescentes que los adultos según los estudios realizados. Esto podría ser por la falta de capacidad en los adolescentes de detectar en cierta medida factores de riesgo y por tener la falsa sensación de inmunidad ante conductas relacionadas con suicidio (Vallardon, 1993).
- *Contexto social inmediato:* El conflicto interpersonal y duelos no resueltos parecieran ser los eventos más frecuentes que han detonado una conducta suicida. No obstante, entre adolescentes el tema académico, conflictos familiares y fracasos amorosos son los

eventos más recurrentes en cuanto al tema de conducta suicida ya que puede ser visto como una ruta de escape a dificultades que aquejan a la persona. La red de apoyo no deja de incidir drásticamente en el desarrollo de las conductas suicidas por lo que es necesario que el aislamiento no sea una opción para adecuada para el tratamiento de una crisis relacionada con ideación, planeamiento o acción suicida (Vallardon, 1993).

- *Entramado General del Sujeto Suicida:* Los factores biológicos y genéticos también pueden participar en el ciclo de la conducta suicida ya que los niveles de serotonina y la presencia de patologías psiquiátricas como lo son los desórdenes afectivos, la esquizofrenia y por otro lado el alcoholismo y el abuso de sustancias pueden tener influencias determinantes en la psiquis de la persona que presenta algún tipo de comportamiento suicida (Vallardon, 1993).

Como ya se ha mencionado, la red de apoyo funge como herramienta fundamental para que la persona tenga mayor fortaleza para afrontar una crisis relacionada con conducta suicida. Esto indica que entre más débil sea la red de apoyo, mayor vulnerabilidad al riesgo de las conductas suicidas presentaría la persona (Vallardon, 1993).

Desde este modelo psicológico y los aportes que realizan otras disciplinas complementarias para la comprensión del suicidio, existen conductas y circunstancias que aumenta la vulnerabilidad o protegen a las personas adolescentes de presentar ideación suicida. Estas conductas definidas como factores de riesgo y factores protectores se abordan dentro de las diferentes subescalas de la prueba de Identificación de Riesgo Suicida en la Adolescencia (IRSA) la cual ha sido valida para adolescentes costarricenses, y por lo cual se ha utilizado para este estudio. Específicamente, desde la concepción teórica de estos factores protectores y de riesgo se puede realizar una aproximación a la comprensión de los factores protectores y de riesgo presentes en adolescentes

sexualmente diversos, para realizar un análisis de la ideación suicida durante la etapa de la adolescencia, y las cuales son abordadas en la siguiente sección.

2.1.5 Identificación de Riesgo Suicida en la Adolescencia (IRSA)

2.1.5.1 Factores de Riesgo en la ideación suicida adolescente

De acuerdo con Valverde, Solano, Alfaro, Rigioni y Vega (2001; en Campos, 2009) cuando se aborda el concepto de factores de riesgo debe de comprenderse el término de vulnerabilidad, el cual hace referencia a un estado dinámico resultante de la interacción de los factores protectores y de riesgo que determinan la probabilidad de que existan conductas que puedan elevar o disminuir el daño biológico. La interacción de estos factores es variable en el tiempo y en las diferentes etapas del ciclo vital (Valverde et al. 2001; en Campos 2009).

Habiendo comprendido el concepto de vulnerabilidad, se define como un factor de riesgo toda aquella característica individual o colectiva que aumenten en la persona la presencia de conductas que aumenten un posible daño biológico (Valverde et al. 2001; en Campos 2009).

Shaffer (2001, en Campos, 2009) extiende esta definición remarcando el hecho de que los factores de riesgo son individuales ya que un mismo hecho considerado como factor de riesgo puede estar presente en dos o más individuos diferentes y tener un efecto distinto.

Campos (2009) “sugiere que los factores de riesgo pueden ser clasificados en cinco áreas: biológicos, rasgos de personalidad, factores psicosociales o ambientales, trastornos mentales e historia familiar y genética” (p.37).

La prueba IRSA encuentra subescalas que, dirigidas a la medición de factores de riesgo no modificables, factores de riesgo modificables y factores precipitantes de la ideación suicida.

Dentro los factores de riesgo no modificables se encuentran aquellos en los que la persona adolescente no tenía control de las situaciones como, por ejemplo:

- Intento suicida.
- Personas con algún grado de vínculo afectivo que hubieran intentado suicidarse o que hubieran concretado el acto suicida como tal.
- El divorcio de los padres.
- Abuso sexual infantil o durante la adolescencia.
- Presencia de psicopatologías.

Los factores de riesgo modificables están orientados a la medición y valoración de aquellas circunstancias de las cuales la persona adolescente pudo haber evitado o controlado a través de recursos externos o redes de apoyo como lo son:

- El abuso de sustancias psicoactivas.
- Consumo de licor.
- Estilos de control parental y castigo inadecuados.
- Falta de apoyo familiar.
- Exceso de responsabilidades.
- Fracaso escolar.

La escala de factores de riesgo precipitantes contiene aquellas situaciones que pudieron haber propiciado o intensificado la ideación suicida en el adolescente, como lo son:

- La pérdida o muerte de seres significativos.

- Estados anímicos y cognitivos de confusión.
- Terminación de relaciones de pareja.
- Bullying escolar.
- Problemas o violencia intrafamiliar.

Nock (2008; en Baca y Aroca, 2014) realiza una aproximación a los factores de riesgo en la conducta suicida, como se detalla en la tabla 5:

Tabla 6

Factores de riesgo en la conducta suicida. Nota: Copyright 2008 por Nock (en Baca y Aroca, 2014, p. 374)

Factores sociodemográficos

Suicidio consumado:

- Sexo masculino
- Adolescente o tercera edad

Ideación suicida:

- Sexo femenino
- Jóvenes
- Solteros
- Bajo nivel educativo
- Desempleados

Factores psicopatológicos

- Trastornos mentales (90-95 % fallecidos por suicidio)
- Trastornos afectivos
- Alcohol/drogas
- Trastornos de personalidad
- Desesperanza
- Anhedonia
- Impulsividad
- Alta reactividad emocional
- Historia personal de intentos de suicidio

Factores biológicos

- Heredabilidad 50%
- Hipofunción serotoninérgica

Factores vitales estresantes

- Problemas familiares
 - Problemas conyugales
 - Problemas legales
 - Profesiones (militares, médicos, policías)
 - Maltrato perinatal
 - Enfermedad terminal
-

2.1.5.2 Depresión /ansiedad

Según lo señalan Téllez y Forero (2006; en Campos, 2009) “los trastornos psiquiátricos más frecuentemente relacionados con el suicidio son: depresión unipolar, trastorno bipolar, esquizofrenia, así como también el abuso de las drogas y el alcohol, los trastornos de control de impulso y de ansiedad” (p. 38). Baca y Aroca (2014) indican “el riesgo de suicidio de los pacientes diagnosticados con depresión mayor es tres veces mayor que en la población general y se estima que el 80% de los suicidios consumados presentan un cuadro depresivo” (p. 374).

Además, señalan que respecto a la ansiedad en la conducta suicida la mayoría de los estudios clínicos sostienen que de un 15% a un 20% de los decesos de los pacientes con ansiedad se debió a actos suicidas (Baca y Aroca, 2014).

2.1.5.3 Creencias

De acuerdo con Chanto Alpízar (2004; en Campos, 2009), se asocia la presencia de creencias irracionales con respecto a la vida a un elevado índice de ideación e intento suicida en adolescentes. Dentro de la investigación realizada por Chanto Alpízar (2004; en Campos, 2009), la conducta suicida se encuentra sustentada en pensamientos irracionales, negativistas e ilógicos que tienden a incrementar la visión negativa que la persona tiene de sí misma, del mundo y del futuro, lo que le hace realizar una valoración desesperanzadora de las vivencias cotidianas, lo que pone a los adolescentes en una situación de vulnerabilidad al contemplar la muerte como una forma de huir de sus problemas, ejercer control familiar y castigar a la misma familia y la sociedad.

2.1.5.4 Factores y conductas protectoras ante el suicidio

Los factores y conductas protectoras se entienden como todas aquellas características individuales presentes que hace disminuir en la persona la probabilidad de un daño biológico y aumenta el bienestar integral (Campos, 2009). Para Campos (2009), algunas de estas características son intrínsecas a la persona misma como lo son la autoestima, la seguridad y la confianza personal, la facilidad de comunicación y la empatía (p. 61); mientras que otras de ellas radican en otros grupos aliados a los diferentes grupos sistémicos externos que interactúan con la persona misma. Desde la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner se puede afirmar que muchos de estos elementos protectores radican dentro del microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema del cual forma parte la persona.

De acuerdo con Pérez Barremo (1996, en Campos, 2009) se pueden mencionar como factores protectores ante el suicidio durante la adolescencia:

- El adecuado desarrollo de habilidades sociales.
- El fomento de la resiliencia.
- La capacidad de autocontrol.
- Una adecuada autoestima, autoeficacia y autoimagen.
- Capacidad de buscar ayuda en situaciones difíciles.
- Buenas relaciones interpersonales.
- El apoyo familiar.
- La identidad cultural.
- La ausencia de consumo de sustancias psicoactivas.

- Redes de apoyo y funcionales que permitan expresar de manera confiable pensamientos dolorosos o suicidas.
- Ausencia de psicopatologías.
- Habilidad para la resolución de problemas.
- Las creencias religiosas. Respecto a esta última Campos (2009) sugiere que posee una alta influencia preventiva e inhibidora en el suicidio.

Cabe la pena mencionar que estos factores protectores y de riesgo no son exclusivamente relacionados a los adolescentes del espectro de diversidad afectivo sexual, sino que pueden observarse en esta población independientemente de la identidad sexual. No obstante, esta investigación pretende realizar una relación entre las subescalas de la prueba que permita aproximarnos a una posible explicación del recuerdo suicida que poseyeron las personas sexualmente diversas de su adolescencia en comparación a sus pares heterosexuales en la muestra estudiada, con la intención de realizar una aproximación a los posibles factores de asociados a la ideación suicida en la adolescencia para personas sexualmente diversas, así como, desde el recuerdo que se tiene, comprender cuáles factores protectores pudieron haber estado ausentes y que los hayan podido poner en una situación de vulnerabilidad ante la ideación suicida.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Para esta investigación se utiliza un enfoque cuantitativo, ya que según lo señalan Hernández, Fernández y Baptista (2014), se realizó una determinación de variables y con base en la recolección de datos, a través de un instrumento, Identificación de Riesgo Suicida en la Adolescencia (IRSA), se realizó una medición numérica y el análisis de estos para valorar la validez de la hipótesis planteada. Para esta investigación, observar si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ideación suicida durante la adolescencia a causa de la orientación sexual.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio es de tipo correlacional, ya que como indican Hernández, Fernández y Baptista (2014) esta investigación tiene como objetivo relacionar las variables en una población y observar si existen diferencias estadísticamente significativas respecto al recuerdo de la ideación suicida durante la adolescencia en una población sexualmente diversa en comparación a una población heterosexual. Así analizar los factores protectores o de riesgo que tornan vulnerables o protegen de este tipo de pensamiento al grupo del espectro de diversidad afectivo sexual. El valor de este estudio está direccionado a una posible explicación del recuerdo de la ideación suicida en el periodo de la adolescencia al relacionas las variables.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

3.3.1 Población

La población de estudio de esta investigación comprende a adultos entre los 18 y 30 años residentes del Gran Área Metropolitana, quienes hayan completado sus estudios en secundaria.

3.3.2 Muestra

En esta investigación participaron 147 personas, de las cuales 60.54% fueron mujeres (n= 89) y 39.46% hombres (n= 58), como se muestra en la figura 2.

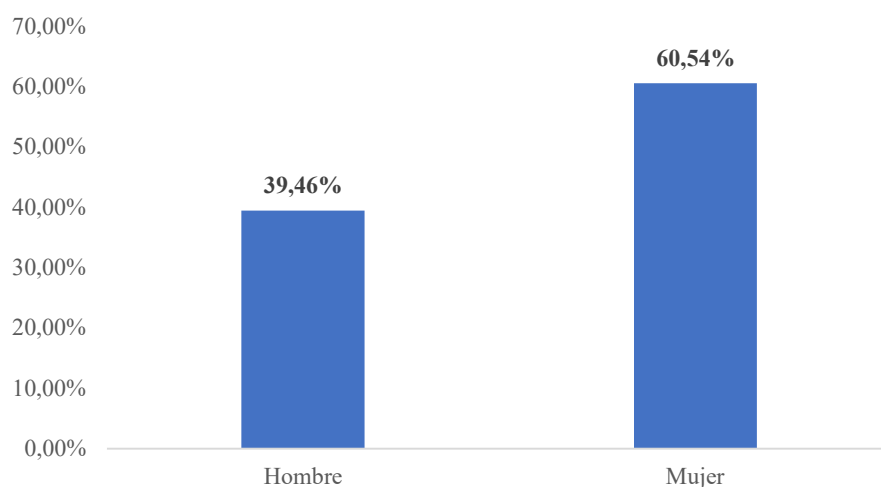


Figura 2. Distribución por sexo (n= 147).

De los participantes un 76,87% (n=113) se reconoció como heterosexual durante su adolescencia y un 23,13% (n=34) como sexualmente diverso, esto se muestra en la figura 3.

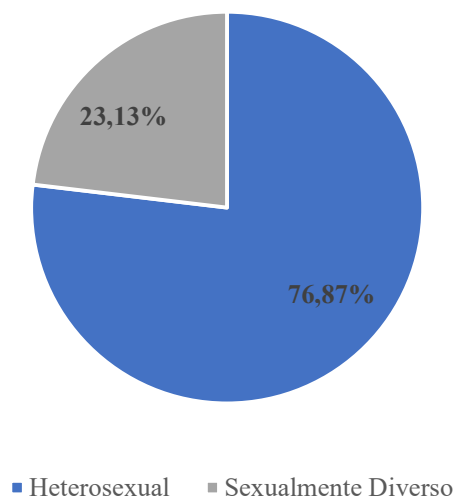


Figura 3. Distribución por orientación sexual (n= 147).

De los hombres que participaron en la investigación (n=58) hubo una distribución por orientación sexual de la siguiente manera 65,52% heterosexual (n= 38), 27,59% homosexual (n= 16) y 6,90% bisexual (n= 4), como se observa en la figura 4.

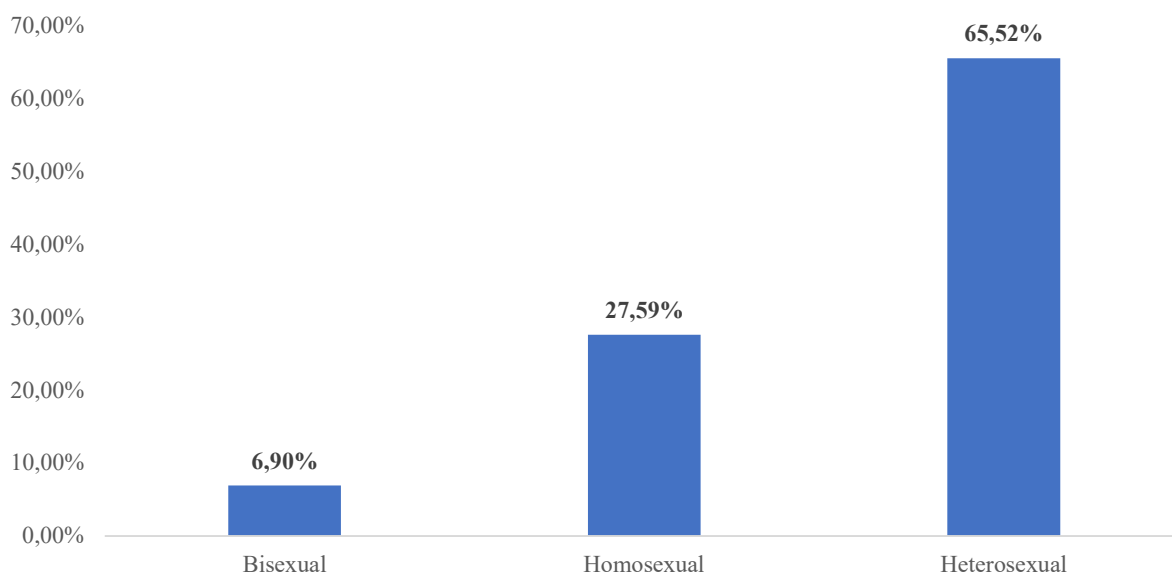


Figura 4. Distribución por orientación sexual de los participantes hombres (n= 58).

De las mujeres que participaron en la investigación (n=89) hubo una distribución por orientación sexual de la siguiente manera 84,27% heterosexual (n= 75), 6,74% homosexual (n= 6) y 8,99% bisexual (n= 8), como se observa en la figura 5.

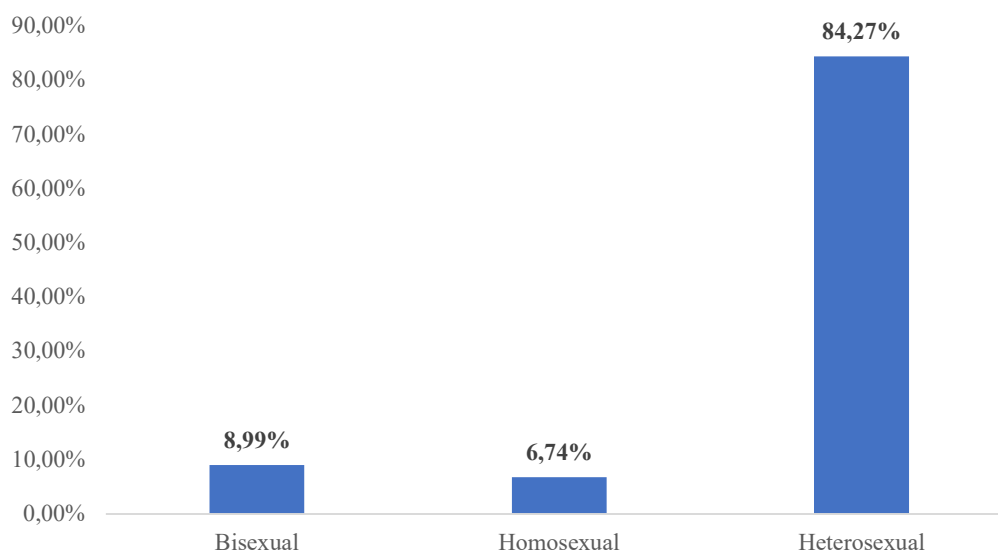


Figura 5. Distribución por orientación sexual de las participantes mujeres (n= 58)

La edad de los y las participantes se ubicó en los siguientes rangos: 21,77% de los 18 a los 20 años (n= 32), 31,29% de los 21 a los 23 años (n= 46), 23,13% de los 24 a los 26 años (n= 34) y 23,81% de los 27 a los 30 años (n= 35), como se presenta en la figura 6.

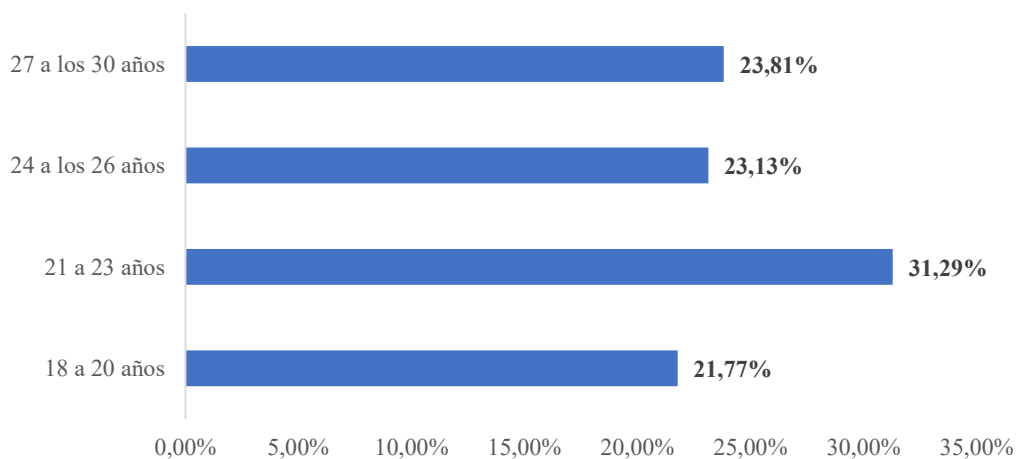


Figura 6. Distribución de la muestra por rangos de edad (n= 147).

En cuanto a la variable de escolaridad, como se observa en la figura 7, un 17,01% (n= 25) de los participantes indicaron tener al menos educación secundaria completa, 59,18% (n= 87) educación universitaria incompleta y 23,81% (n= 35) educación universitaria completa.

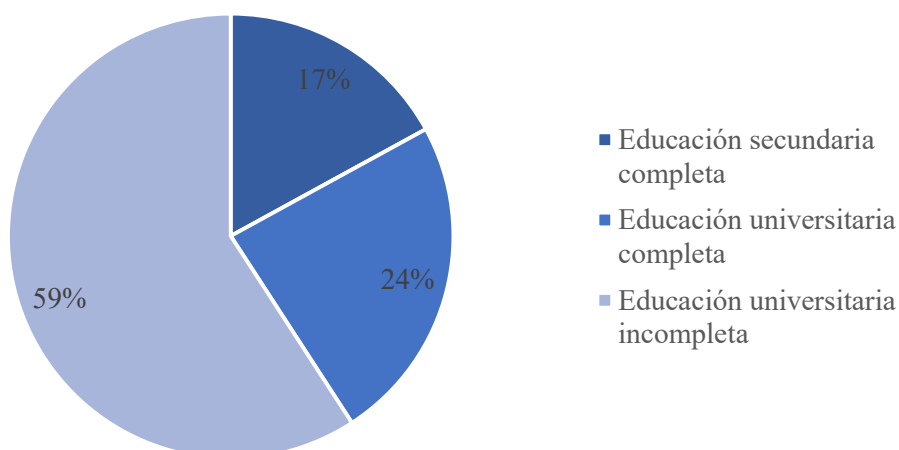


Figura 7. Distribución de la muestra escolaridad (n= 147).

Respecto al tipo de familia en la cual se desarrollaron los participantes durante la adolescencia, como se muestra en la figura 8, se observó que en su mayoría eran procedentes de una familia con ambos padres biológicos presentes 63,95% (n= 94), un 25,85% (n= 38) indicó haber crecido con una familia monoparental con la madre biológica presente y participación por parte del padre biológico, 8,84% (n= 13) admitió que durante su adolescencia crecieron en una familia monoparental con la madre biológica como jefa de hogar y poca o nula presencia del padre biológico, 0,68% (n= 1) indicó haber crecido en una familia monoparental con padre biológico presente y participación por parte de la madre biológica, y 0,68% (n= 1) refirió haber crecido en una familia con ambos padres biológicos ausentes.

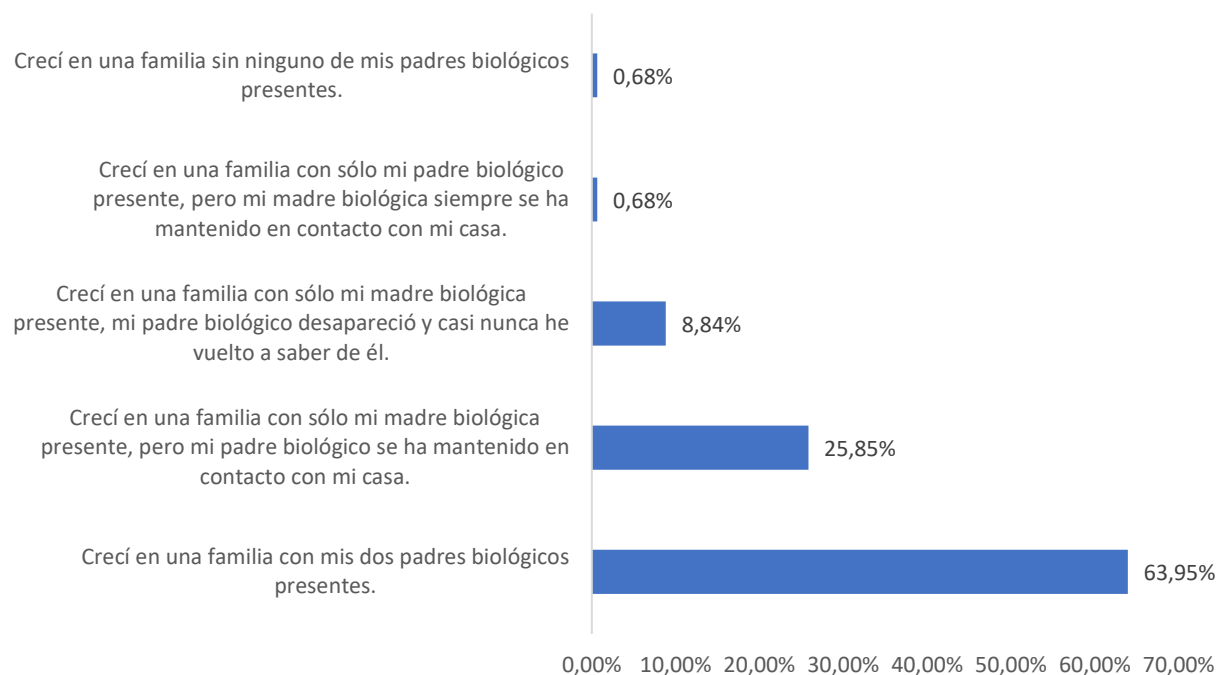


Figura 8. Tipo de familia presente en el periodo de la adolescencia (n= 147).

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de exclusión para esta investigación son aquellas personas menores de 18 años o mayores de 30 años. Además, todos los participantes deben de tener Educación Secundaria concluida, como se muestra en la tabla 7.

Tabla 7
Crterios de Inclusión y exclusión

| CRITERIOS DE INCLUSIÓN | CRITERIOS DE EXCLUSIÓN |
|--|---|
| 1. Personas entre 18 y 30 años. | 1. Resistencia a completar uno o ambos formularios: formulario sociodemográfico o la Prueba Abreviada IRSA. |
| 2. Residentes del Gran Área Metropolitana. | 2. No aceptación del consentimiento informado. |
| 3. Grado académico igual o superior a Secundaria completa. | 3. Discapacidad cognitiva impida la comprensión de los reactivos de la escala. |

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.4.1 Validez y Confiabilidad del Cuestionario

En la investigación se utilizó como técnica para la recolección de datos el cuestionario en línea versión abreviada del Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente (IRSA) el cual ha sido validado en Costa Rica por el Doctor Ramón Campos. Según señala Campos (2009) el instrumento fue realizado tomando en cuenta la revisión bibliográfica e instrumentos ya existentes que tienen como fin hacer una medición cuantitativa de Ideación Suicida en población adolescente.

Para esta investigación, se utiliza una versión abreviada del cuestionario de un total de 77 ítems de selección única con las opciones de marque “SÍ y NO”, las cuales se agruparon en las 7 dimensiones del instrumento original. Para la medición de las dimensiones factores de riesgo no modificables (antecedentes), factores modificables, depresión /ansiedad, factores precipitantes, creencias y factores protectores, se utilizaron los mismos ítems propuestos por el Doctor Campos dentro de su investigación, los cuales están disponibles dentro del Anexo 2 y para la medición de la ideación suicida se utilizaron todos los ítems del anexo 1 de la investigación original realizada por Campos (2009).

Además, se agrega un cuestionario para la recolección de información sociodemográfica de los participantes para comprender el nivel educativo y económico del grupo familiar en el que se desarrolló la persona durante su adolescencia y para conocer la orientación sexual con la cual se identificaba durante esta etapa.

Para el análisis estadístico de datos en las diferentes subescalas, se puntuó la respuesta Sí con un valor de 2 y la respuesta No con un valor de 1, debido a la formulación de las preguntas. El instrumento no cuenta con ítems inversos.

Los valores obtenidos del Alfa de Cronbach para cada una de las subescalas de la prueba IRSA se resumen en la tabla 8.

Tabla 8
Fiabilidad obtenida para las subescalas del IRSA

| Subescala | No. de ítems | Alfa de Cronbach |
|------------------------------------|--------------|------------------|
| Factores de riesgo no modificables | 10 | 0,65 |
| Factores modificables | 7 | 0,48 |
| Depresión y Ansiedad | 19 | 0,90 |
| Ideación Suicida | 11 | 0,85 |
| Factores precipitantes | 8 | 0,68 |
| Creencias | 5 | 0,85 |
| Factores Protectores | 16 | 0,90 |

Con base en los datos obtenidos y el análisis estadístico de fiabilidad se obtuvieron los siguientes resultados para cada una de las subescalas:

- Para la subescala de Factores de riesgo no modificables (FNMOD), la cual consta de 10 ítems, se obtuvo un Alfa de Cronbach total de la escala (0,65), lo que según detalla Frias-Navarro (2019) hace referencia a una fiabilidad cuestionable para esta subescala.
- Para la subescala de Factores modificables (FMOD), la cual consta de 7 ítems, se obtuvo un Alfa de Cronbach total de la escala (0,48), lo que según detalla Frias-Navarro (2019) hace referencia a una fiabilidad inaceptable para esta subescala.
- Para la subescala de Depresión y Ansiedad (DEPR.ANS), la cual consta de 19 ítems, se obtuvo un Alfa de Cronbach total de la escala (0,90), lo que según detalla Frias-Navarro (2019) hace referencia a una fiabilidad excelente para esta subescala.
- Para la subescala de Ideación Suicida (IDEA.SUIC), la cual consta de 11 ítems, se obtuvo un Alfa de Cronbach total de la escala (0,85), lo que según detalla Frias-Navarro (2019) hace referencia a una fiabilidad buena para esta subescala.

- Para la subescala de Factores Precipitantes (FPRECIP), la cual consta de 9 ítems, se obtuvo un Alfa de Cronbach total de la escala (0,68), lo que según detalla Frias-Navarro (2019) hace referencia a una fiabilidad cuestionable para esta subescala.
- Para la subescala de Creencias (CREENC), la cual consta de 5 ítems, se obtuvo un Alfa de Cronbach total de la escala (0,85), lo que según detalla Frias-Navarro (2019) hace referencia a una fiabilidad buena para esta subescala.
- Finalmente, para la subescala de Factores Protectores (FPROTEC), la cual consta de 16 ítems, se obtuvo un Alfa de Cronbach total de la escala (0,90), lo que según detalla Frias-Navarro (2019) hace referencia a una fiabilidad excelente para esta subescala.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se realiza con un diseño transversal no experimental, ya que la recolección de datos da durante un único periodo y no existe manipulación de las variables con el propósito de poder ser observadas en su estado natural, de acuerdo con la información provista por los participantes (Sampieri, Fernández y Baptista, 2014).

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 9
Operacionalización de variables

| Objetivo específico | Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensión | Indicadores | Instrumento |
|--|---------------------|--|--|-------------------------------------|---|--------------|
| 1. Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en el recuerdo de la ideación suicida durante la adolescencia de un grupo de adultos jóvenes heterosexuales y un grupo de adultos jóvenes sexualmente diversos en edades de 18 a 30 años. | Orientación sexual. | “La orientación sexual se define como el patrón individual de atracción sexual y emocional hacia otras personas. De manera general se clasifica la orientación sexual dentro de tres grupos: heterosexual, homosexual y bisexual” (Corona y Funes, 2015, p. 75). | Atracción sexual con la que se identificaron los participantes durante su adolescencia, del sexo contario: heterosexual, del mismo sexo: homosexual, de ambos sexos: bisexual. | Heterosexual, homosexual, bisexual. | Heterosexual, homosexual y bisexual: sociodemográfico. preguntas 2 y 3 de apartado sociodemográfico | Cuestionario |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|--|
| Ideación suicida | De acuerdo con Borges (2005) y Borges, Medina-Mora, Orozco, Oueda, Villatoro y Fleiz (2009; en Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2010) se define la ideación suicida como el pensamiento de cometer suicidio o acto suicida. | Aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar la propia existencia (Echeburúa, De la Torre Marti y Santacreu, 2013; en Flores, 2019). | Distorsiones cognitivas que estuvieron presentes en los participantes durante su adolescencia y que propiciaron la aparición de ideas suicidas. | Ideación suicida ítems del 37 al 47 del apartado IRSA | Instrumento de Identificación de Riesgo Suicida en la Adolescencia (IRSA). | |
| 2. Identificar los posibles factores de riesgo que están asociados con el recuerdo de la ideación suicida durante la adolescencia de un grupo de adultos jóvenes sexualmente diversos en edades de 18 a 30 años. | Factores de riesgo. | Según lo señala Campos (2009) los factores de riesgo se definen como aquellas características que se asocian con una elevada probabilidad de daño biológico o social. | Factores de Riesgo que influyeron en la ideación suicida y que estuvieron presentes en los participantes durante su adolescencia. | Factores de Riesgo no modificables (antecedentes), factores modificables, factores precipitantes, creencia; y | Factores de Riesgo no modificables (antecedentes), ítems del 1 al 10 del apartado IRSA Factores modificables, ítems del 11 al 17 del apartado IRSA Depresión y ansiedad, ítems del 18 al 36 del | Instrumento de Riesgo Suicida. Adolescente (IRSA). |

| | | | | | | | |
|----|---|--------------------------|--|--|--------------------------|---|---|
| | | | | | depresión y ansiedad. | apartado IRSA Factores precipitantes, ítems del 48 al 56 del apartado IRSA Creencias, ítems del 57 al 61 del apartado IRSA. | |
| 3. | Reconocer los factores protectores que disminuyen el recuerdo de ideación suicida durante la adolescencia de un grupo de adultos jóvenes sexualmente con edades de 18 a 30 años. | Factores protectores. | Según lo señala Campos (2009) los factores protectores se definen como aquellas características que se asocian con disminuir la probabilidad de daño biológico o social. | Características individuales que estuvieron presentes durante la adolescencia de los participantes y disminuyeron la posibilidad de daño biológico. | Factores protectores. | Factores protectores, ítems del 62 al 77 del apartado IRSA. | Instrumento de Identificación de Riesgo Suicida en la Adolescencia (IRSA). |

3.7 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Debido a las restricciones sanitarias generadas por la emergencia en el país a razón de la crisis causada por el COVID-19, el cuestionario se aplicó de manera virtual, al cual se adjunta un consentimiento informado y una breve explicación del objetivo de la investigación.

Los formularios estuvieron habilitados durante 28 días, al final de este se contó con 162 respuestas.

Se perdieron un total 15 respuestas debido a que los participantes no cumplieron con los criterios exclusión.

La base de datos fue descargada de Google, procesada en Microsoft Excel y en el paquete estadístico de código abierto PSPP (versión 1. 2. 0 – g0fb4db). En este programa se llevaron a cabo los análisis de confiabilidad, análisis descriptivos, correlaciones entre subescalas y comparaciones de medias.

3.8 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

La organización de los datos inició cuando el instrumento enviado por el enlace electrónico fue contestado. Las respuestas a las preguntas fueron almacenadas automáticamente en una base de datos de Microsoft Excel y exportadas posteriormente al programa PSPP (versión 1. 2. 0 – g0fb4db) para realizar los análisis correspondientes.

3.9 ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de datos se utilizó el programa PSPP (versión 1.2.0-g0fb4db). Se analizaron estadísticos de tendencia central, dispersión y forma, así como distribuciones de frecuencia para las variables según su nivel de medición. Además, análisis de fiabilidad para cada una de las subescalas del instrumento y medir su validez con base en el Alfa de Cronbach obtenido para cada una de ellas.

Finalmente se efectuó un contraste t de diferencia entre medias para grupos independientes, heterosexuales y sexualmente diverso, para identificar si había diferencias significativas en las subescalas del instrumento en las poblaciones de estudio de heterosexuales y sexualmente diversa.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS DE LA PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA (IRSA)

Respecto a la variable ideación suicida durante la adolescencia, los participantes heterosexuales indicaron un 42,48% (n= 48) haber pensado en la autoeliminación, mientras que un 57,52% (n= 65) respondieron no haber pensado en el suicidio como una alternativa, como se muestra en la figura 9.

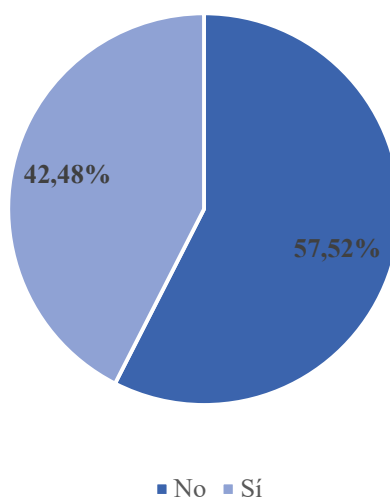


Figura 9. Pensamiento suicida en la adolescencia dentro del grupo heterosexual (n= 113).

Respecto a la variable ideación suicida durante la adolescencia, los participantes sexualmente diversos indicaron un 70,59% (n= 24) haber pensado en la autoeliminación, mientras que un 29,41% (n= 10) respondieron no haber pensado en el suicidio como una alternativa, como se muestra en la figura 10.

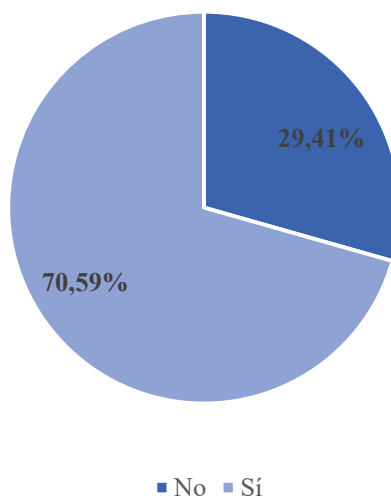


Figura 10. Pensamiento suicida en la adolescencia dentro del grupo sexualmente diverso (n= 34).

De la muestra de participantes heterosexuales analizada, como se observa en la figura 11, un 10,62% (n= 12) admitieron haber intentado acabar con su vida en al menos una ocasión durante el periodo de la adolescencia, mientras que un 89,38% (n= 101) indicaron no haber cometido intento suicida durante este periodo.

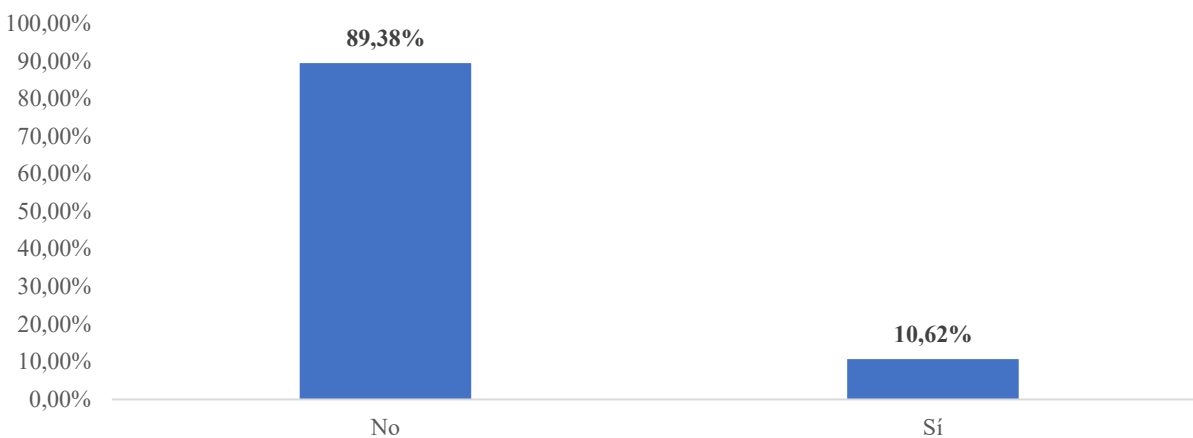


Figura 11. Intento suicida dentro del grupo heterosexual (n= 113).

De la muestra de participantes sexualmente diversos analizada, como se observa en la figura 12, un 32,35% (n= 11) admitieron haber intentado acabar con su vida en al menos una ocasión durante el periodo de la adolescencia, mientras que un 67,65% (n= 23) indicaron no haber cometido intento suicida durante este periodo.

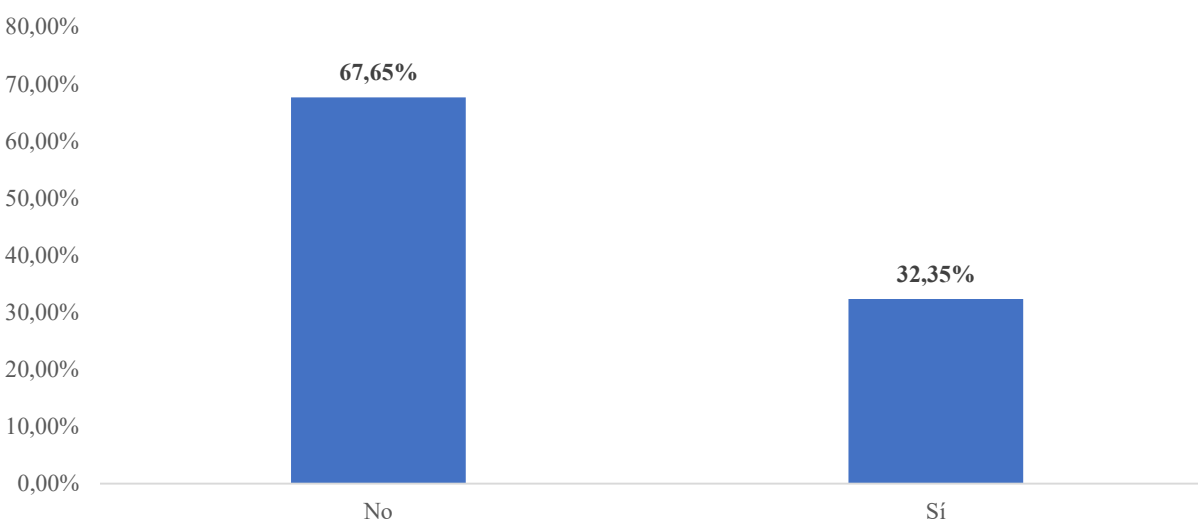


Figura 12. Intento suicida dentro del grupo sexualmente diverso (n= 34).

A continuación, se muestra el comportamiento general de los resultados de las subescalas de la prueba IRSA, según el análisis estadístico descriptivo. Para este análisis se consideraron los estadísticos de tendencia central (media y mediana), dispersión (desviación estándar y coeficiente de varianza) y forma (asimetría y curtosis). Los principales resultados arrojados se presentan en la tabla 10.

Tabla 10

Estadísticos descriptivos de las subescalas IRSA para la muestra estudiada (n= 147)

| Subescala | n | Media | Mediana | Desviación estándar | Coefficiente de variación | Curtosis | Asimetría |
|-----------|-----|-------|---------|---------------------|---------------------------|----------|-----------|
| FNMOD | 147 | 12,45 | 12 | 1,99 | 16% | 0,57 | 0,85 |
| FMOD | 147 | 9,43 | 9 | 1,61 | 17% | -0,53 | 0,36 |
| DEPR ANS | 147 | 27,36 | 28 | 5,46 | 20% | -1,01 | 0,07 |
| IDEA SUIC | 147 | 13,26 | 13 | 2,69 | 20% | 0,24 | 1,18 |
| FPRECIP | 147 | 13,18 | 13 | 2,16 | 16% | -0,53 | -0,03 |
| CREENC | 147 | 7,05 | 7 | 1,88 | 27% | -1,42 | 0,32 |
| FPROTEC | 147 | 26,44 | 28 | 4,69 | 18% | -0,92 | -0,55 |

Intervalo de confianza de 95% para la media. **FNMOD** (Subescala de Factores de riesgo no modificables), **FMOD** (Subescala de Factores de riesgo modificables), **DEPR ANS** (Subescala de Depresión y Ansiedad), **IDEA SUIC** (Subescala de Ideación Suicida), **FPRECIP** (Subescala de Factores Precipitantes), **CREENC** (Subescala de Creencias) y **FPROTEC** (Subescala de Factores Protectores).

La subescala de Factores Modificables no será tomada en cuenta para el análisis y los resultados de esta investigación debido a que la fiabilidad en el Alfa de Cronbach ($\alpha = 0.48$) obtenida para dicha escala no fue aceptable.

Respecto a la forma y distribución de cada una de las subescalas, se detalla que:

- FNMOD: La curva muestra una simetría positiva (0,85), una curtosis leptocúrtica (0,57) con una concentración de frecuencias en el extremo izquierdo más allá de lo esperado.
- DEPR ANS: El valor de la asimetría obtenida es cercano a cero (0,07) por lo que se acepta una distribución simétrica con una curtosis platicúrtica (-1,01).
- IDEA SUIC: La curva una simetría positiva (1,18) y una curtosis leptocúrtica (0,24), por lo que la distribución de frecuencias tiende a reunirse más en la parte izquierda.
- FPRECIP: El valor de la asimetría obtenida es cercano a cero (-0,03) y una curtosis platicúrtica (-0,53) por lo que se acepta una distribución simétrica.
- CREENC: El valor de la asimetría obtenida es cercano a cero (0,32) y una curtosis platicúrtica (-1,42) por lo que se acepta una distribución simétrica.
- FPROTEC: La simetría es negativa (-0,55) y con una curtosis platicúrtica, por lo que los valores se tienden a reunir más en la parte derecha de la media.

Además, los datos de la tabla 10, se puede afirmar que hubo homogeneidad en todas las subescalas, excepto en la de Creencias, ya que los valores obtenidos para los coeficientes de variación fueron igual o menor a 20%. También, se muestra que la subescala en donde se obtuvo una mayor dispersión fue en la escala de Creencias ya que el valor obtenido para su coeficiente de variación fue el más alto en comparación con las otras subescalas del instrumento (C.V. = 27%).

4.2 CORRELACIONES ENTRE LAS DIMENSIONES DE LA PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA (IRSA)

A continuación, en la tabla 11, se describe el grado de relación existente entre las subescalas del IRSA y las puntuaciones obtenidas para cada una de ellas.

Tabla 11
Correlación de Pearson entre las subescalas del IRSA

| Subescalas IRSA | FNMOD | DEPR_ANS | IDEA_SUIC | FPRECIP | CREENC | FPROTEC |
|-----------------|-------|----------|-----------|---------|--------|---------|
| FNMOD | 1 | 0,54 | 0,67 | 0,54 | 0,6 | -0,44 |
| DEPR_ANS | 0,54 | 1 | 0,59 | 0,6 | 0,75 | -0,71 |
| IDEA_SUIC | 0,67 | 0,59 | 1 | 0,47 | 0,71 | -0,51 |
| FPRECIP | 0,54 | 0,6 | 0,47 | 1 | 0,56 | -0,48 |

Con base en la tabla anterior, en el resultado entre la relación existente entre subescala de Factores de Riesgo No Modificables y la de Ideación Suicida ya que es en donde se presenta un valor más elevado ($p = 0,67$), lo que quiere decir que entre mayor presencia de factores de riesgo no modificables el recuerdo de ideación suicida en la población adolescente también aumenta.

La figura 13, muestra la relación entre la subescala de FNMOD y IDEA_SUIC.

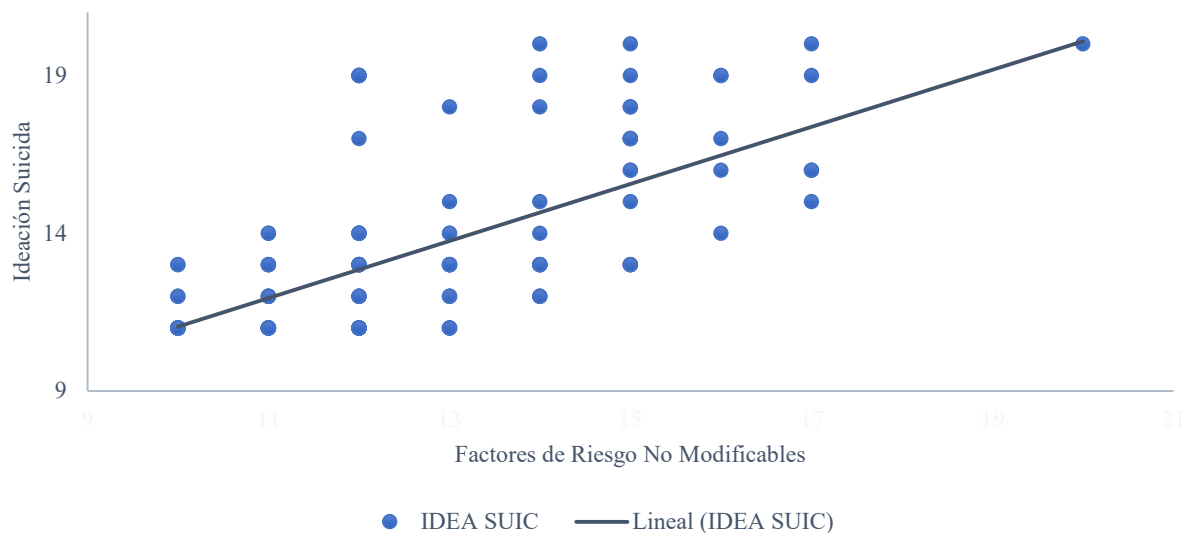


Figura 13. Gráfico de dispersión entre las subescalas de Factores de Riesgo No Modificables e Ideación Suicida.

Además, se observa que existe una correlación negativa entre las escalas de Factores de Riesgo No Modificables y los Factores Protectores, lo que sugiere que al aumentar los factores protectores los de Factores de Riesgo No Modificables tienden a disminuir. En la figura 14, se aprecia la relación entre ambas escalas.

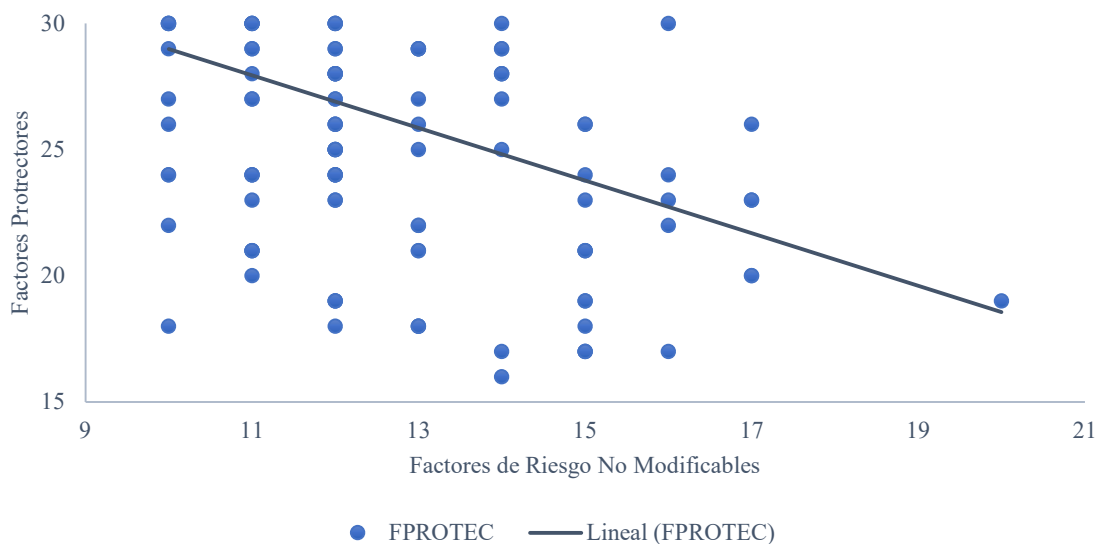


Figura 14. Gráfico de dispersión entre las subescalas de Factores No Modificables y Factores Protectores.

Cabe resaltar también la correlación positiva moderada que observa entre los Factores de Riesgo No Modificables y la Depresión/Ansiedad y con la subescala de Creencias.

Respecto a la subescala de Depresión/Ansiedad se observa una fuerte relación entre esta y la subescala de Creencias ($p = 0,75$), lo que sugiere que al aumentar las distorsiones cognitivas y las valoraciones negativas (creencias) que los adolescentes hagan sobre de sí mismos durante la depresión y la ansiedad como se muestra en la figura 15.

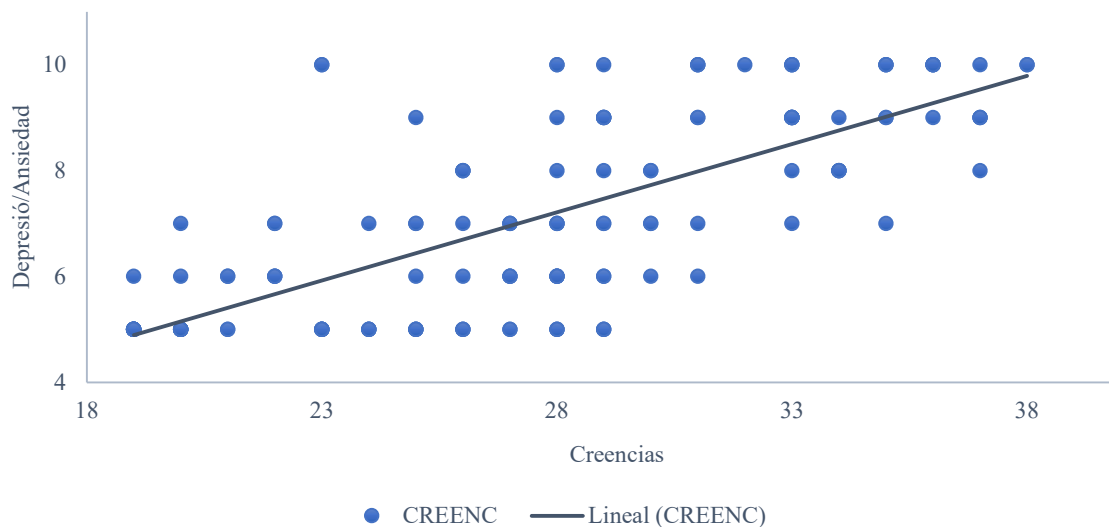


Figura 15. Gráfico de dispersión entre las subescalas de Depresión/Ansiedad con la subescala de Creencias.

Respecto a la subescala de Depresión/Ansiedad se observa una fuerte relación entre esta y la subescala de Ideación Suicida ($p = 0,59$), lo que sugiere que al aumentar los indicadores de depresión y la ansiedad en los adolescentes aumenta también de forma moderada el recuerdo de la ideación Ideación Suicida, debido al valor de correlación obtenido entre las subescalas de Depresión/Ansiedad y la de Ideación Suicida ($p = 0,59$). La figura 16 muestra la relación entre las subescalas de Depresión/Ansiedad y Creencias.

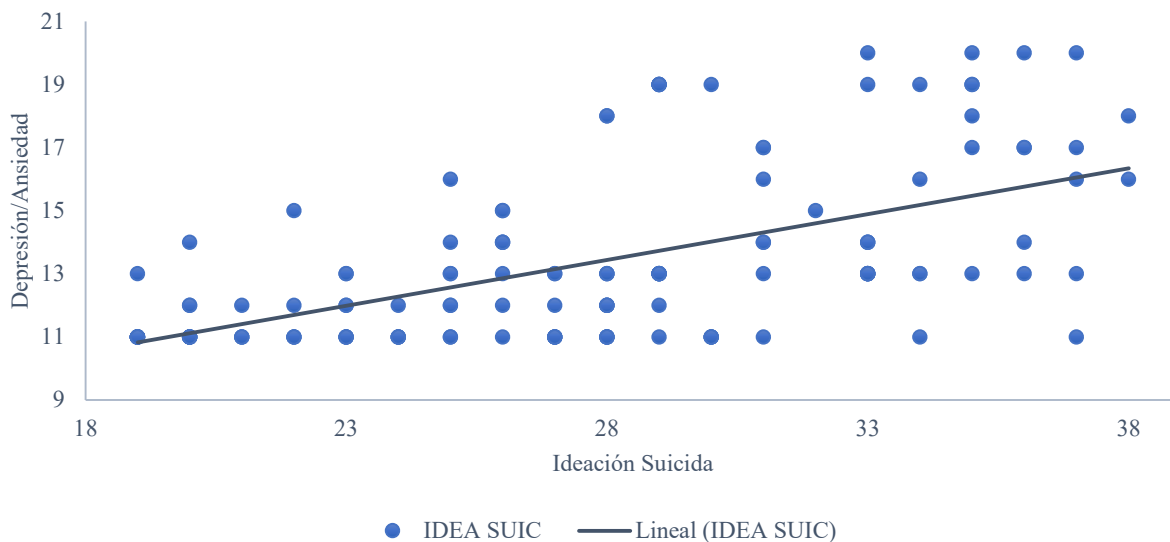


Figura 16. Gráfico de dispersión entre las subescalas de Depresión/Ansiedad con la subescala de Ideación Suicida.

Con base en la correlación de Pearson obtenido, se observa también una correlación negativa alta entre la Depresión/Ansiedad y los Factores Protectores ($p = -0,71$), lo que indica que en tanto los Factores Protectores aumenten en los adolescentes la Depresión/Ansiedad puede disminuir y esto puede disminuir a su vez la Ideación Suicida, como se observa en la figura 17.

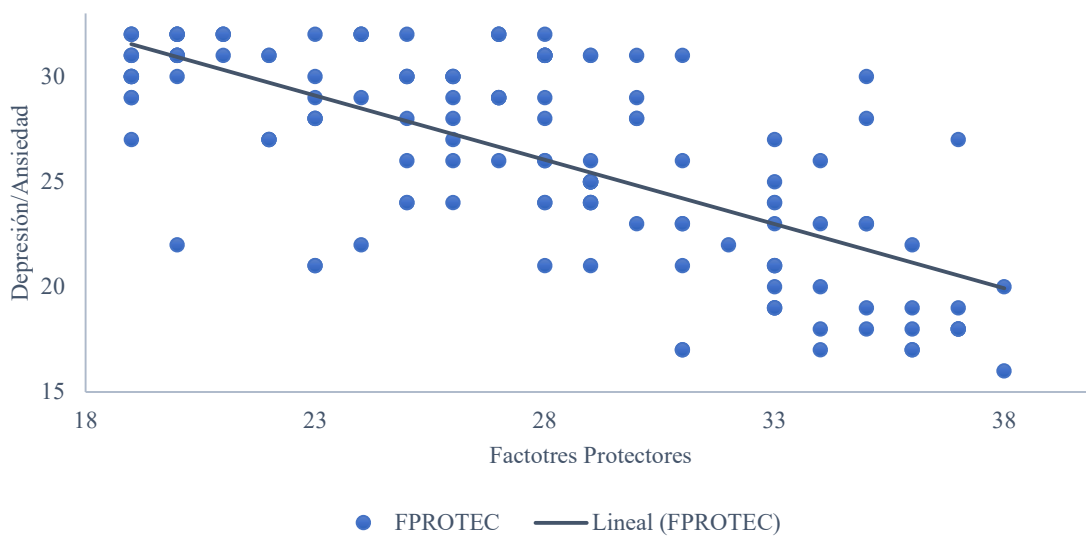


Figura 17. Gráfico de dispersión entre las escalas de Depresión/Ansiedad y los Factores Protectores

Se obtuvo, además, una alta correlación positiva entre los valores de la subescala de Ideación Suicida y la escala de Creencias ($p = 0,71$) lo que indica que entre más elevado sean las distorsiones cognitivas y las valoraciones negativas que estén presentes en la adolescencia mayor riesgo de Ideación Suicida como se muestra en la figura 18.

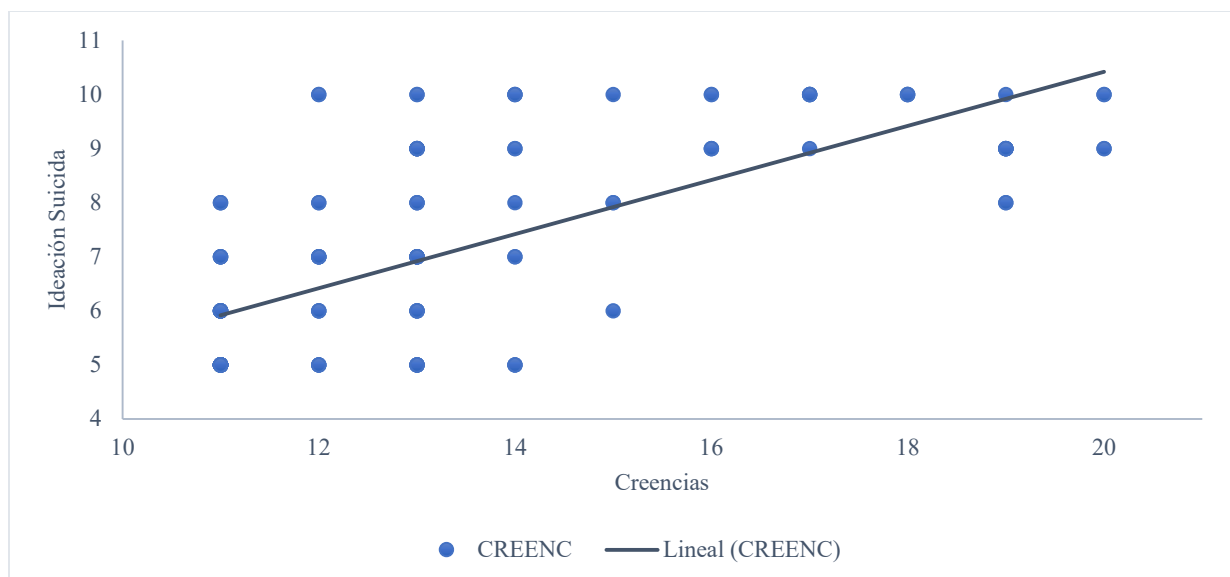


Figura 18. Gráfico de dispersión entre la subescala de Ideación Suicida y la subescala de Creencias.

Finalmente, se obtuvo una relación negativa moderada entre esta escala de Ideación Suicida y la de Factores Protectores ($p = -0,51$). Lo que indica que entre más elevado sean las distorsiones cognitivas y las valoraciones negativas que estén presentes en la adolescencia mayor riesgo de Ideación Suicida, y al aumentar los Factores Protectores esta ideación tiende a disminuir en la población. Las figuras 18 y 19 muestra la relación entre la subescala de Ideación Suicida y la subescala de Creencias, y la Ideación Suicida y la subescala de Factores Protectores.

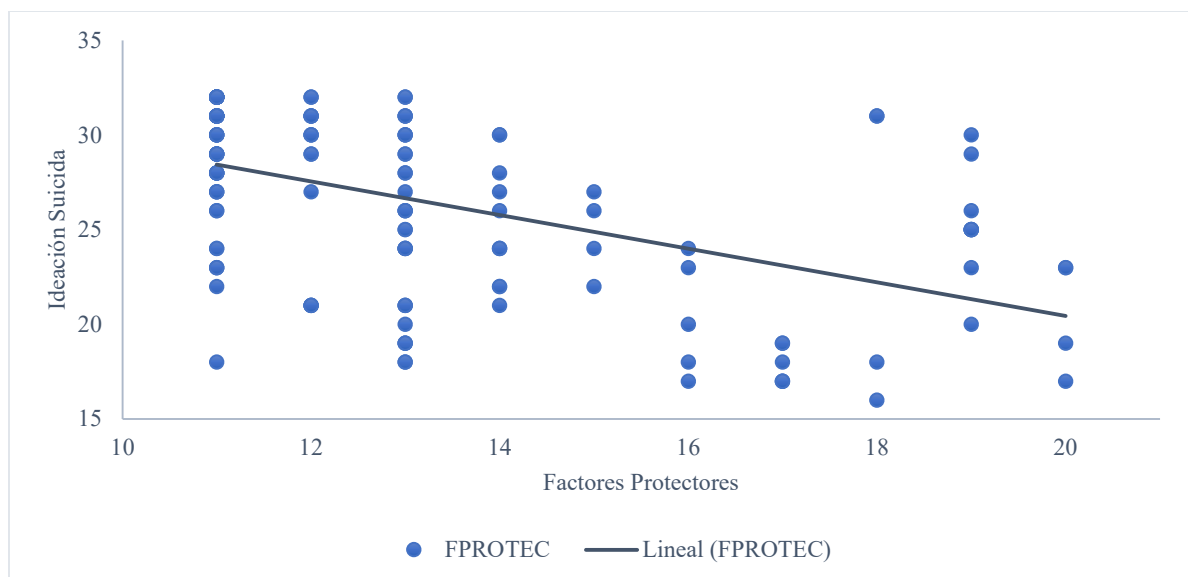


Figura 19. Gráfico de dispersión entre la subescala de Ideación Suicida y la subescala de Factores Protectores.

4. 3 ANÁLISIS DE MEDIAS: PRUEBAS T DE STUDENT

4. 3.1 Análisis de medias: Pruebas t de Student según sexo

Posterior a realizar los análisis descriptivos y análisis de correlación de Person, se efectuaron algunas pruebas de hipótesis para identificar la existencia de diferencias estadísticamente significativas de las escalas del IRSA dependiendo de la variable sexo biológico de los participantes, para ello se realizó un análisis de medias, utilizando el estadístico T de Student. Los resultados de las medias obtenidas para cada uno de los grupos se detallan en la tabla 12.

Tabla 12

Medias obtenidas para la Prueba T Student para los grupos según el sexo biológico

| Subescala IRSA | Sexo biológico | n | Media | Desviación Estándar | Err. Est. Media |
|----------------|----------------|----|-------|---------------------|-----------------|
| IDEA_SUIC | Hombre | 58 | 1,50 | 0,50 | 0,07 |
| | Mujer | 89 | 1,48 | 0,50 | 0,05 |

La tabla anterior muestra que la comparación de medias obtenidas para los grupos según el sexo biológico fue ligeramente mayor para el grupo de los hombres. Para analizar si la diferencia en las medias fue estadísticamente significativa para los grupos por sexo biológico se realizó una prueba T Student en donde se obtuvieron los resultados que se presentan en la tabla 13.

Tabla 13

Significancia obtenida para la subescala de Ideación Suicida en la Prueba T Student para el grupo de estudio según su sexo biológico

| Subescala IRSA | Sign. de Prueba de Levene para la igualdad de varianzas | Sign. (2-colas) |
|----------------|---|-----------------|
| IDEA_SUIC | 0,218 | 0,381 |

Con base en los resultados obtenidos se concluye que para la muestra analizada y según su sexo biológico no se presentaron diferencias significativas en cuanto a Ideación Suicida durante la adolescencia debido que la significancia 2-colas obtenida es mayor a 0,05 ($p = 0,381$).

4. 3.2 Análisis de medias: Pruebas t de Student según orientación sexual

Asimismo, se efectuaron algunas pruebas de hipótesis para identificar la existencia de diferencias estadísticamente significativas de las escalas del IRSA dependiendo de la orientación sexual de los participantes, para ello se realizó un análisis de medias, utilizando el estadístico T de Student. Los resultados de las medias obtenidas para cada uno de los grupos se detallan en la tabla 14.

Tabla 14

Medias obtenidas para la Prueba T Student para los grupos según la orientación sexual

| Subescalas IRSA | Orientación Sexual | n | Media | Desviación Estándar | Err. Est. Media |
|-----------------|---------------------|-----|-------|---------------------|-----------------|
| FNMOD | Heterosexual | 113 | 12,24 | 1,88 | 0,18 |
| | Sexualmente Diverso | 34 | 13,15 | 2,22 | 0,38 |
| DEPR_ANS | Heterosexual | 113 | 26,3 | 5,2 | 0,49 |
| | Sexualmente Diverso | 34 | 30,88 | 4,85 | 0,83 |
| IDEA_SUIC | Heterosexual | 113 | 12,96 | 2,44 | 0,23 |
| | Sexualmente Diverso | 34 | 14,26 | 3,23 | 0,55 |
| FPRECIP | Heterosexual | 113 | 13,01 | 2,21 | 0,21 |
| | Sexualmente Diverso | 34 | 13,76 | 1,92 | 0,33 |
| CREENC | Heterosexual | 113 | 6,65 | 1,76 | 0,17 |
| | Sexualmente Diverso | 34 | 8,38 | 1,69 | 0,29 |
| FPROTEC | Heterosexual | 113 | 27,31 | 4,21 | 0,4 |
| | Sexualmente Diverso | 34 | 23,53 | 5,09 | 0,87 |

La tabla anterior muestra que la comparación de medias obtenidas para los grupos según la orientación sexual fue mayor para el grupo sexualmente diverso, excepto para la subescala de Factores Protectores. Para comprender si dichas diferencias en las medias fueron

estadísticamente significativas para los grupos se realizó una prueba T Student en donde se obtuvieron los resultados que se presentan en la tabla 15.

Tabla 15

Significancia obtenida para las escalas del IRSA en la Prueba T Student para el grupo de estudio según orientación sexual

| Subescalas IRSA | Sign. de Prueba de Levene para la igualdad de varianzas | Sign. (2-colas) |
|-----------------|---|-----------------|
| FNMOD | 0,345 | 0,019 |
| DEPR_ANS | 0,537 | 0,000 |
| IDEA_SUIC | 0,001 | 0,034 |
| FPRECIP | 0,12 | 0,074 |
| CREENC | 0,539 | 0,000 |
| FPROTEC | 0,033 | 0,000 |

Intervalo de confianza de 95%.

Con base en los resultados obtenidos se concluye que para la muestra analizada y según su orientación sexual:

- Existieron durante la adolescencia diferencias significativas en cuanto a Factores de Riesgo no modificables que pudieron influir en el recuerdo de ideación suicida debido que la significancia 2-colas obtenida es menor a 0,05 ($p = 0,019$).
- Existieron durante la adolescencia diferencias significativas en la escala de Depresión/Ansiedad debido que la significancia 2-colas obtenida es menor a 0,05 ($p = 0,000$). Por lo que se puede afirmar que existió una tendencia mayormente a la

depresión y a la ansiedad en el grupo sexualmente diverso en comparación a sus pares heterosexuales.

- Existieron durante la adolescencia diferencias significativas en cuanto a la subescala de Ideación Suicida ya que la significancia 2-colas obtenida es menor a 0,05 ($p = 0,034$).
- No existieron durante la adolescencia diferencias significativas en cuando los Factores Precipitantes ya que la significancia 2-colas obtenida es mayor a 0,05 ($p = 0,074$).
- Existieron durante la adolescencia diferencias significativas en la escala de Creencias debido que la significancia 2-colas obtenida es menor a 0,05 ($p = 0,000$). Por lo que se puede afirmar que existió una tendencia mayormente a mostrar distorsiones de pensamiento, pensamiento catastrófico y valoraciones negativas de sí mismos en el grupo homosexual en comparación a sus pares heterosexuales.
- Existieron durante la adolescencia diferencias significativas en la escala de Factores Protectores debido que la significancia 2-colas obtenida es menor a 0,05 ($p = 0,000$). Se puede afirmar que en el grupo heterosexual estudiado hubo una mayor presencia de factores que los protegieron de la ideación suicida en comparación a sus pares homosexuales.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El objetivo principal de esta investigación determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en el recuerdo de ideación suicida que se experimentan durante la adolescencia una población sexualmente diversa en comparación con un grupo heterosexual.

Inicialmente, con base en los resultados preliminarmente obtenidos y los análisis realizados, se observó que si existió diferencia en cuanto al recuerdo de ideación suicida en el grupo investigado que pudiera vincularse a su sexo biológico. Es importante recalcar, que, al inicio de la investigación con base en los datos estadísticos del Instituto de Estadística y Censo de Costa Rica, del año 2001 al 2014 se observó que el porcentaje de suicidios consumados en adolescentes de 10 a 19 años de edad mostraba una tendencia a crecer, mientras que el suicidio consumado en la población adolescente femenina en nuestro país mostraba una tendencia a decrecer, como se observó en la figura 1 de la sección Antecedentes del Problema de esta investigación. Además, este hecho era sustentado por los resultados de los estudios realizados por Fernández y Vásquez (2013) en donde se obtuvo que la ideación suicida en hombres era más recurrente en hombres (41,2%) que en mujeres (7,7%). Dentro la muestra analizada en este estudio no se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto a la Ideación Suicida durante la adolescencia con relación a la variable sexo biológico, a pesar de que se obtuvo una mayor participación de mujeres ($n = 89$) que de hombres ($n = 58$).

Respecto a las diferencias estadísticamente significativas según la orientación sexual de los participantes en el recuerdo de ideación suicida en el grupo sexualmente diverso, el análisis de datos preliminarmente mostró un porcentaje mayor de respuesta afirmativa de recuerdo de ideación suicida en el grupo sexualmente diverso en donde un 70.59% de los participantes admitieron haber experimentado este tipo de pensamiento durante esta etapa del ciclo vital, en comparación con la respuesta obtenida para el grupo heterosexual en donde un 42.48% de los

participantes recordaron haber experimentado pensamientos autodestructivos. Los autores consultados e investigaciones previas también apuntaron al hecho de que la orientación sexual influye en la ideación suicida de la población adolescente. Por ejemplo, mencionado al inicio de este trabajo en el estudio realizado por Ortiz-Hernández y Valencia-Valero (2015) se encontró que la identidad sexual en conjunto con otros factores como la violencia familiar y bullying escolar, resultan indicadores importantes de depresión dentro de la población. Y como se observó en el análisis de datos para los indicadores de depresión y ansiedad de esta escala tiene una correlación positiva en el recuerdo de ideación suicida del grupo sexualmente diversos. Esta afirmación fue sustentada por Tomicic et al. (2016), al afirmar que los estudios epidemiológicos exhiben resultados en donde se evidencia una relación directa entre indicadores negativos de salud mental y de comportamientos suicidas (ideación e intentos) en poblaciones sexualmente diversas. Asimismo, Barros dos Santos, Reschetti, Martínez, Nunes, Cabral de Paulo (2017), en su estudio concluyeron que la ideación suicida en jóvenes sexualmente diversos es estadísticamente significativa en comparación a un grupo de pares heterosexuales.

Para la muestra examinada en este estudio, se evidenciaron diferencias significativas entre los grupos heterosexuales y sexualmente diversos durante la adolescencia en cuanto al recuerdo de ideación suicida al haberse obtenido una significancia 2-colas obtenida es menor a 0,05 ($p = 0,034$), lo que complementa los valores obtenidos preliminarmente en donde un 70,59% ($n = 34$) de los participantes sexualmente diversos admitieron haber tenido ideas autodestructivas en la adolescencia en comparación con el 42,48% ($n = 113$) de los participantes heterosexuales que admitieron haber tenido ideación suicida durante esta etapa. Además, este resultado sustenta la hipótesis planteada para esta investigación, por lo que para la muestra en estudio se acepta la

hipótesis de investigación y se afirma que el recuerdo de la ideación suicida en la adolescencia muestra diferencias estadísticamente significativas según la orientación sexual de la persona.

La muestra analizada también mostró diferencias estadísticamente significativas respecto a los factores de riesgo asociados al recuerdo de la ideación suicida para el grupo sexualmente diverso en comparación a sus pares heterosexuales, en tres de las subescalas de la prueba IRSA:

Depresión/Ansiedad, Creencias (significancia 2-colas $< 0,05$, $p = 0,000$) y Factores Protectores (significancia 2-colas $< 0,05$, $p = 0,000$).

En primer lugar, se observó que la población sexualmente diversa presentó diferencias estadísticamente significativas en relación con factores de riesgo asociados a la subescala de Depresión y Ansiedad (significancia 2-colas $< 0,05$, $p = 0,000$) y que pudieron haber afectado el recuerdo de ideación suicida que tuvieron durante la adolescencia. Según lo señalado por Téllez y Forero (2006; en Campos, 2009) existe una asociación de desórdenes psicopatológicos que tienen una influencia directa en la ideación suicida en la población adolescente y que además al menos el 80% de las víctimas de suicidio, no necesariamente adolescentes, presentan como característica común un cuadro depresivo; y que al menos un 15% o 20% de los decesos de pacientes con ansiedad se debió a un acto suicida (Baca y Aroca, 2014).

Jiménez-López, Arenas-Osuna y Ángeles-Garay (2015) señalan que la prevalencia mundial de depresión es de 5,8% en hombres y 9,15% en mujeres, y Ortiz-Hernández y García-Torres (2005; en Cedillo, 2017), asimismo, apuntan al hecho que las personas sexualmente diversas tienen predisposición desarrollar trastornos psicoemocionales como la ansiedad, angustia psicológica, depresión, consumo de sustancias psicoactivas, baja autoestima, los cuales son la puerta de entrada a riesgo de suicidio. De forma general dentro de factores y conductas que podrían asociarse al desarrollo de estados depresivos o ansiosos y que podrían activar la ideación

suicida en grupos de sexualidad diversa están la evaluación cognitiva de que las cosas podrían estar mejor si no se existiera, impulsividad y poco control emocional, sentimientos de enojo hacia otras personas, aislamiento social, sensación de incapacidad y alcance de metas, neurotismo social, baja autoestima, sensación de insatisfacción consigo mismo e infelicidad, sentimientos de culpabilidad y problemas de sueño.

Dentro de la muestra analizada de personas sexualmente diversas y el recuerdo que tienen de su adolescencia, se observó que los ítems en la escala de depresión en donde se obtuvieron puntuaciones más elevadas se relacionan con la evaluación cognitiva, los constructos personales que hacían de sí mismos durante esta etapa, señalando que las cosas podrían estar mejor sin ellos, la impulsividad, la visión negativa del mundo y la incapacidad de satisfacer las expectativas que los otros tenían de ellos, además de factores asociados a rasgos de personalidad como falta de control emocional baja autoestima y sentimiento de infelicidad, según lo explica el modelo psicológico del suicidio.

En segundo lugar, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la subescala de Creencias (significancia 2-colas $< 0,05$, $p = 0,000$) dentro del grupo del espectro afectivo sexual lo que puede considerarse también, dentro de la población estudiada, como un factor de riesgo de atención ante el recuerdo de la ideación suicida que se pudo haber tenido en la adolescencia. Con base en la que afirma Chanto Alpízar (2004; en Campos, 2009), existe una relación entre la presencia de creencias irracionales con respecto a la vida a un elevado índice de ideación e intento suicida en adolescentes. Morales, Suárez y Suárez (2019; en Checa, 2020) señalan que los esquemas de pensamiento distorsionado en adolescentes están íntimamente relacionados con la adopción de las creencias irracionales, lo que tiene consecuencias emocionales y cognitivas en la persona y que tienen un efecto directo en la visión que el adolescente desarrolla respecto a su

capacidad de alcanzar metas a corto medio y largo plazo y además desencadenar así conductas de culpabilidad, aislamiento social que también pueden dar pie a cuadros depresivos y ansiosos y detonar ideación suicida.

Las principales creencias irracionales relacionadas a la fenomenología y constructos personales en la población sexualmente diversa de la muestra estudiada en comparación con sus pares heterosexuales fueron las de la visión de túnel que les provocaba la sensación de que las situaciones por las cuales estaban atravesando no iban a cambiar, y además la angustia generada por no poder ser como ellos pensaban que debían ser. Esta última creencia irracional podría estar ligada a la poca aceptación social percibida con respecto a su orientación sexual y a la imposibilidad de poder cumplir con las expectativas sociales y del grupo familiar, lo cual es sustentado por el modelo psicológico del suicidio y el modelo vulnerabilidad psicosocial que explican como la interacción de factores de riesgo social y factores de riesgo emocionales pueden aumentar la ideación suicida en la población adolescente, y podríamos pensar en como esta exigencia social puede afectar la visión de sociedad el papel que las personas sexualmente diversas tienen dentro de este sistema.

Finalmente, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la subescala de Factores Protectores (significancia 2-colas $< 0,05$, $p = 0,000$) para la población sexualmente diversa en comparación a sus pares heterosexuales. Con base en el análisis estadístico realizado se observó que la población heterosexual contó con una mayor cantidad de factores protectores durante la adolescencia. Los factores protectores juegan un papel determinante en ella en el recuerdo de la ideación suicida que se tiene de la adolescencia, para la muestra en estudio, por lo que esto podría orientarnos a una posible explicación y comprensión de que la población sexualmente diversa presente un resultado mayor respecto al recuerdo de ideación suicida

durante la adolescencia. De acuerdo con (Campos, 2009), la existencia de factores protectores disminuye la probabilidad de un daño biológico y aumenta el bienestar integral, y aunque algunos de estos son intrínsecos a la persona misma, otros radican en grupos aliados a los diferentes grupos sistémicos externos que interactúan con la persona que manifiesta la ideación suicida.

Los datos proporcionados por los participantes indicaron que para la población sexualmente diversa en estudio existió escasez en cinco principales factores protectores que pudieron haber colaborado a disminuir la ideación suicida que se tuvo durante el periodo, como resultado exploratorio esta información resulta relevante debido a que permite la comprensión de los potenciales factores que pudieran estar dando pie al pensamiento suicida en jóvenes sexualmente diversos.

Respecto a los factores protectores que estuvieron poco presentes en esta población se observó que, en primero lugar, se señala la poca presencia de pares significativos con quienes poder contar en momentos de crisis y que pudieran haber funcionado como red de apoyo ante la presencia de pensamiento autodestructivos.

En segundo lugar se evidenció dentro de las respuesta provistas por los participantes sexualmente diversos poco apoyo familiar que pudieron también haber aumentado la posibilidad de haber experimentado ideación suicida en esta población, como lo indica Garnets, Herek, Levy (s.f., en Ortiz y García, 2005; en con Pineda, 2013) el desarrollo de la identidad sexual en ámbitos familiares que no provee el soporte adecuado o en ambientes familiares violentos aumenta la posibilidad que las personas sexualmente diversas presenten ideación suicida en la adolescencia.

En tercer lugar, la falta de visión y planes a futuro dentro de la población sexualmente diversa pareciera también estar relacionada de manera directa en el recuerdo de ideación suicida que se tuvo en la adolescencia para el grupo en estudio. Según lo señala el modelo psicológico contemporáneo en Vallardon (1993) los constructos personales de anticipación del fracaso la cual esta variable está relacionada con la desesperanza con respecto al futuro en interacción con una autoconstrucción negativa como resultado de una baja autoestima, tienen aumentada la posibilidad de que las personas adolescentes experimenten ideación suicida.

En cuarto lugar, se evidenció que la escasez de redes de apoyo familiar e interinstitucional con quien contar para ser escuchados y buscar ayuda, también pudieron haber aumentado la posibilidad de haber experimentado la ideación suicida, desde el recuerdo de los participantes. Y finalmente, la falta de confianza para hablar con alguna persona si se estaba en problemas o se sentía mal. La ausencia de estos factores protectores en adolescentes, en especial los sexualmente diversos, podrían ser un inicio importante para la comprensión del fenómeno de la ideación suicida que pudiera observarse en ellos.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

A continuación, se exponen las principales conclusiones de este estudio, que se obtuvieron después de un análisis integral de los datos obtenidos de la muestra, el orden de las conclusiones se expone en relación con los objetivos propuestos en la investigación:

Con base en los estadísticos obtenidos para la muestra estudiada se evidenció que sí existieron diferencias estadísticamente significativas en el recuerdo de ideación suicida que se experimentó durante la adolescencia para la población del espectro afectivo sexual. Y pese a lo que se planteó en otras investigaciones, el sexo biológico no resultó ser un determinante de recuerdo de ideación suicida durante esta etapa del ciclo vital.

Además, se logró identificar que para la población sexualmente diversa estudiada los factores de riesgo más relevantes que habrían detonado la ideación suicida, desde el recuerdo de los participantes, estuvieron asociados a las creencias irracionales, constructos personales, características fenomenológicas y de personalidad, junto con factores sociales. Además, se observó una relación proporcionalmente directa entre los indicadores de depresión y ansiedad en la población sexualmente diversa y el recuerdo de la ideación suicida que existió en el periodo de la adolescencia.

También, se pudo identificar con base en las respuestas proporcionadas por la población sexualmente diversa que participó en el estudio, al menos cinco factores que estuvieron poco presentes en esta población durante la adolescencia y que pudieron haber aumentado el pensamiento suicida en ellos durante esta etapa del ciclo vital, dentro de los que se señalan: la poca presencia de pares significativos con quienes poder contar en momentos de crisis, el poco apoyo familiar, la falta de visión y planes a futuro, la escasez de redes de apoyo familiar e

interinstitucional con quien contar para ser escuchados y buscar ayuda, y la falta de confianza para hablar con alguna persona si se estaba en problemas o se sentía mal. Este serie de factores protectores pueden ser considerados como el inicio de la indagación de antecedentes para la comprensión y abordaje de jóvenes que pudieran estar presentando ideación suicida.

Además, desde el modelo psicológico del suicidio y los modelos interdisciplinarios que complementan este modelo se pudo también comprender que el recuerdo de la ideación suicida durante la adolescencia está ligada a una serie de factores biopsicosociales que transaccionan entre sí y que aumentan la posibilidad no solamente de que los jóvenes tengan ideas autodestructivas, sino que también, acrecientan la posibilidad de que estas ideas los conduzca a completar el acto suicida.

6.2 RECOMENDACIONES

A partir de los hallazgos encontrados en esta investigación, se plantean las siguientes recomendaciones:

A futuras investigaciones:

- Llevar a cabo un seguimiento exhaustivo del tema en adolescentes de Costa Rica, ya que se evidenció una escasez de antecedentes en este ámbito, lo cual limita el respaldo de las investigaciones y la comprensión del fenómeno en nuestro país.
- Buscar la homogenización de la población de estudio, aumentando la participación de personas sexualmente diversas con el propósito de enriquecer la comprensión del fenómeno de la ideación del suicidio entre ellos y sus pares heterosexuales y los factores asociados.

- Para futuras investigaciones de esta temática, se recomienda complementar las investigaciones con metodologías cualitativas, que permita la descripción del fenómeno desde un punto de vista fenomenológico, la obtención de datos a través de entrevistas, la creación de nuevas hipótesis.
- Buscar conexiones con instituciones estatales y Organizaciones no Gubernamentales que trabajen directamente con adolescentes quienes hayan manifestado algún grado de ideación suicida y llevar a cabo la investigación con esta población de manera directa.

Enfocadas a la Universidad:

- Promover dentro de la malla curricular, y cursos afines a la temática de la adolescencia, la investigación del fenómeno de la ideación suicida para promover en el estudiantado la curiosidad científica de profundizar en el fenómeno y la comprensión de los factores que influyen.
- Acrecentar la promoción de talleres dentro de los cursos de Psicología orientados a la prevención, identificación y abordaje del suicidio dentro de las escuelas y colegios.
- Proponer el tema de la Ideación Suicida en Adolescentes en los Trabajos Finales de Investigación en las diferentes escuelas de salud, con la finalidad de incrementar a través de estudios epidemiológicos de diversas áreas la comprensión del tema.
- Fortalecer dentro del plan de estudios de Psicología y los cursos pertinentes, el uso y comprensión de diversas herramientas de interpretación estadística para aumentar los alcances y análisis de la población estudiantil que sientan interés por gestionar investigaciones como modalidad de graduación.

De intereses profesional y social.

- Se recomienda una participación multi e interdisciplinaria de diferentes instituciones, como por ejemplo el Ministerio de Educación Pública y de la Secretaría Técnica del Consejo de Niñez y Adolescencia del Patronato Nacional de la Infancia, para el creación y promoción de los ya existentes espacios orientados a niños y adolescentes en donde se pueda discutir el tema de la ideación suicida.
- Con base en este estudio se puede comprender la importancia que tiene cuando se abordan adolescentes quienes hayan manifestado haber presentado ideación suicida, no debe de tomarse con la ligereza y asumir que la afirmación podría exclusivamente estar ligada a la necesidad de atención que pudiera requerir la persona, sino que el trasfondo biológico-fisiológico, social, familiar e individual de la persona realmente pudiera estar haciendo que el adolescente manifieste y considere el suicidio como una opción.
- Se recomienda que en el abordaje exista la participación de diferentes subsistemas dentro de los que se desarrollen los adolescentes con el propósito de robustecer el campo de acción y el alcance que se tenga en la intervención, esto debido a la multiplicidad de situaciones que podrían estar afectando. Y, en tercer lugar, desde nuestro campo de acción en psicología se debe establecer una línea relacional entre aquellos factores de riesgo y los factores protectores existentes y en como estos contribuyen a aumentar o disminuir la ideación suicida.
- Comprender los factores de riesgo biopsicosocial, la fenomenología, los constructos individuales y rasgos de personalidad pueden ofrecer a los profesionales en salud un acercamiento no solo al comprender de una mejor manera el fenómeno de la ideación

y el suicidio dentro de los adolescentes, sino también a desarrollar planes estratégicos e interdisciplinarios que permitan un acercamiento y tratamiento más efectivo de esta problemática.

BIBLIOGRAFÍA

- Agramonte, A. (2008). Intersexualidad y estigma social. *Revista Sexología y Sociedad*. 14 (37), pp. 18-23. ISSN 1682-0045.
- Alzás, T., Galet, C. & De Souza, J. (2016). Análisis de la deshabilitación social de los roles de género. *Asparkia*, 29, pp. 75 – 89. ISSN: 1132-8231.
- Amador, G. (2015). Suicidio: consideraciones históricas. *Revista Médica La Paz*. 21(2), ISSN 1726-8958.
- Amones, M. (2015). *Factores psicosociales que se relacionan con la incidencia del intento suicida en pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio 2011 a Junio del 2012* (Tesis de Postgrado). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú.
- Baca, E. y Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*, 37(5). ISSN 0185-3325
- Baca, E. y Aroca, F. (2014). *Factores de riesgo en la conducta suicida*. [Tabla 6]. ISSN 0185-3325
- Barros dos Santos, H., Reschetti, S., Martínez, M., Nunes, M., & Cabral de Paulo, P. (2017). Factores asociados a presencia de ideación suicida entre universitarios. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 25. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1592.2878>
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. & Medina-Mora, M.E. 2010. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), pp. 292-304. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2010/sal104b.pdf>
- Cadme, D. & Rojas, J. (2014). *Estilos de crianza, autoconcepto y su relación con las conductas autodestructivas en varones adolescentes de 12 a 16 años de la Unidad Educativa Técnico Salesiano* (Tesis de Grado). Universidad del Azuay, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/4188/1/10750.pdf>
- Cannoni, G., González, M., Conejero, C., Merino, P. & Schulin-Zeuthen, C. (2014). Sexualidad adolescente: consejería. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26 (1), pp. 81 - 87. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2014.12.004>
- Cannoni, G., González, M., Conejero, C., Merino, P. & Schulin-Zeuthen, C. (2014). *Intención de conducta sexual y conducta sexual en adolescentes*. [Tabla 3] <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2014.12.004>
- Cañón, S. & Carmona, J. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 20 (80), ISSN 1139-7632. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014

- Campos, R. (2009). *Construcción de un Instrumento para la Detección de Factores de Riesgo Suicida en Adolescentes Costarricenses* (Tesis de Postgrado). Universidad de Costa Rica, San José.
- Cedillo, C. (2017). Ideación suicida en hombres gay y bisexuales jóvenes. *Revista Electronica sobre Cuerpos Académicos y Grupos de Investigación*. 4(8). ISSN: 2448-6280.
- Checa, E. (2020). *Creencias irracionales y su influencia en la depresión en una adolescente de 15 años* (Examen Complexivo de Grado previo a la obtención de título de Psicólogo Clínico). Universidad Técnica de Babahoyo, Babahoyo, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/7685/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000258.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Córdova, M., Rosales, J.C. & García, M.B. (2012). Ideación suicida y variables asociadas en jóvenes universitarios del Estado de Hidalgo (México): comparación por género. *Psicogente*, 15 (28), pp. 287-301. ISSN0124-0137.
- Corona, F. & Funes, F. (2015). Abordaje sexual en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26 (1), pp. 74 – 80. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2014.12.004>
- Corona, B., Hernández, M. & García, M. 2016. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1). ISSN 1729-519X
- Chumpitazi, R. (2002). *Crecimiento, Desarrollo y Salud, Módulo I del Curso de Capacitación en Orientación y Consejería para la Intervención Temprana en Adolescentes*. Lima: s.ed.
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), ISSN 0718-4808. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Fernández, D. (2012). Construcción de la Identidad de Género en Adolescentes Chilenas. *Revista de Psicología*, 2 (1), pp. 46 – 66.
- Fernández, M. & Vásquez, F. (2013). En torno al rechazo, la salud mental y la resiliencia en un grupo de jóvenes universitarios gays, lesbianas y bisexuales. *Revista Griot*, 6 (1), pp. 44 – 65.
- Frias-Navarro, D. (2019). *Apuntes de consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento de medida*. Universidad de Valencia. España. Disponible en: <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- Flores, E. (2019). *Factores asociados con la ideación suicida en el establecimiento penitenciario Cusco Varones 2019* (Tesis de Grado). Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Perú. Recuperado de: http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/UNSAAC/4043/253T20190229_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2020). Tablas de defunciones por suicidios y homicidios por edades, según causa de muerte y sexo, periodo 2001 – 2015. Recuperado

de: <https://www.inec.go.cr/documento/c6-total-de-defunciones-por-suicidios-y-homicidios-por-edades-segun-causa-de-muerte-y-s-12>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2020). *Suicidios registrados en Costa Rica del 2001 y 2014 en adolescentes, Marzo 2020 [Figura 1]*. Recuperado de: <https://www.inec.go.cr/documento/c6-total-de-defunciones-por-suicidios-y-homicidios-por-edades-segun-causa-de-muerte-y-s-12>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2020). *Suicidios registrados en Costa Rica del 2001 y 2014 en adolescentes, Marzo 2020 [Tabla 1]*. Recuperado de: <https://www.inec.go.cr/documento/c6-total-de-defunciones-por-suicidios-y-homicidios-por-edades-segun-causa-de-muerte-y-s-12>

Jiménez-López, J., Arenas-Osuna, J. & Ángeles-Garay, U. (2015). Síntomas de depresión y ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Revista Médica del Instituto del Seguro Social*, 53(1), pp. 20-28. ISSN: 0443-5117.

Monreal, M.C., Cárdenas, R. & Martínez, B. (2018). Estereotipos, roles de género y cadena de cuidados. Transformaciones en el proceso migratorio de las mujeres. *Revista de Ciencias Sociales*, 6 (1). <http://dx.doi.org/10.15648/Coll.1.2019.06>

Morales, A., Jiménez, X., Chaves, R., Ramírez, W. & García, A. (2015). Conocimientos y prácticas comunes en adolescentes escolarizados. *Revista Costarricense de Trabajo Social*, 27. ISSN 1409-1763

Lindsey, L. (2015). *Gender roles: A Sociological Perspective*. 6th edition. New York: Pearson Education.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Consultado 28 de febrero de 2020. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Ortiz-Hernández, L. & Valencia-Valero, R. (2015). Disparidades en salud mental asociadas a la orientación sexual en adolescentes mexicanos. *Cadernos de Saúde Pública*, 31 (2). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00065314>

Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2002). *Psicología del Desarrollo*. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.

Pineda, C. (2013). Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42 (4), pp. 333 – 349. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(13\)70030-1](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(13)70030-1)

Pineda, C. (2013). Etiología social del riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes lesbianas, gay y bisexuales: una revisión. *Psicogente*, 16 (29), pp. 2018-234. ISSN 0124-0137.

Pineda-Roa, C. (2019). Factores de riesgo de ideación suicida en una muestra de adolescentes y jóvenes colombianos autoidentificados como homosexuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48 (1), pp. 2-9. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.06.001>

- Rodríguez-Ramírez, J.A. & Oduber, J.A. (2015). Ideación suicida y grupo de iguales: análisis en una muestra de adolescentes venezolanos. *Universitas Psychologica*, 14(3), pp. 1129-1140. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-3.isgi>
- Sanchez, S. (2016). *Autoestima y conductas autodestructivas en adolescentes* (Tesis de Grado). Universidad Rafael Landívar, Quezaltenango.
- Sánchez-Loyo, L., Quintanilla, R., Cruz, J., Morfin, T., Contreras, E., García, J. y Hernández, R. (2014). Intento de Suicidio en Adolescentes Mexicanos: Perspectiva desde el Consenso Cultural. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(1), pp. 1446-1458. doi: [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(14\)70386-2](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(14)70386-2)
- Saewyc, E., Konishi, C., Rose, H. & Homma, Y. (2016). School-Based Strategies to Reduce Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and Discrimination among Sexual Minority and Heterosexual Adolescents in Western Canada. *Int J Child Youth Family Stud*, 5 (1), pp. 89–112. doi:10.18357/ijcyfs.saewyce.512014
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. Distrito Federal, México: McGraw-Hill.
- Suárez, Y., Restrepo, D., Caballero, C. & Palacio, J. (2018). Exposición a la Violencia y Riesgo Suicida en Adolescentes Colombianos. *Terapia Psicológica*, 36 (2). [36http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082018000200101](http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082018000200101)
- Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., Aguayo, F., Rosenbaum, C., Leyton, F. & Lagazzi, I. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista Médica de Chile*, 144 (6). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600006>
- Ulate-Gómez, D. (2013). Riesgo biopsicosocial y percepción de la función familiar de las personas adolescentes de sexto grado en la Escuela Jesús Jiménez. *Acta Médica Costarricense*, 55 (1). ISSN 0001-6002
- Vargas, E. (2013). Bases de diferenciación sexual y aspecto éticos de los estados intersexuales. *Revistas Reflexiones*, 92 (1), pp. 141 - 157. ISSN: 1021-1209 / 2013.
- Ventura-Juncá, R., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J. & Garib, M.J. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 138(3), pp. 309-315. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300008>
- Villardón, L. (1993). *El pensamiento suicida en la adolescencia*. Recuperado de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=aGT8y7P56IYC&oi=fnd&pg=PA15&dq=modelos+teoricos+de+suicidio&ots=4QHpw8jCVr&sig=rYrEAVMpo4tMvrtUQPRy3fufSc#v=onepage&q=modelos%20teoricos%20de%20suicidio&f=false>

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

ANEXOS

PRESENTACIÓN DEL INSTRUMENTO

El presente estudio tiene como objetivo indagar respecto a la idea de cometer suicidio durante la adolescencia, factores que pueden ser detonantes en la ideación suicida y de aquellos factores que protegen a los jóvenes de cometer suicidio durante esta etapa del ciclo vital.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como adolescencia a la etapa de crecimiento y desarrollo humano que se encuentra después de la niñez antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. La adolescencia se considera una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, y se encuentra determinada por factores biológicos, físicos, emocionales, cognitivos, socioeconómicos y culturales (OMS, 2020).

La información que usted brinde en el siguiente cuestionario es de carácter confidencial y será únicamente utilizada para el análisis y reporte de este estudio. Los datos proveídos son de carácter anónimo. Antes de iniciar la encuesta, se adjunta un consentimiento informado, el cual se le solicita leer cuidadosamente y aceptar, si está de acuerdo con lo que ahí se indica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Investigador Principal: Michael Chacón Paniagua

- A. **PROPÓSITO DEL PROYECTO:** Determinar los factores predictores asociados con Ideación Suicida durante la Adolescencia en estudiantes universitarios. La investigación será llevada a cabo por el estudiante Michael Chacón Paniagua, durante el primer semestre del año 2020, para completar la modalidad de graduación de Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. La participación del sujeto en investigación se empleará únicamente para el aporte de información en los cuestionarios.
- B. **¿QUÉ SE HARÁ?:** Se completará un cuestionario en línea, el cual que deben ser completado de forma clara, precisa y verídica a fin de obtener datos fidedignos para la investigación que se desea realizar. El sujeto de investigación deberá de participar de forma voluntaria en el proceso investigativo y la información provista será utilizada para medir, analizar e interpretar datos estadísticos referentes al tema de Ideación Suicida durante la Adolescencia. El cuestionario deberá ser completado en un espacio en donde el sujeto de investigación se sienta cómodo a fin de proporcionar la información que se está buscando. Para esta investigación se utilizará únicamente cuestionario en línea que deben ser completados por el sujeto en investigación.
- C. **RIESGOS:**
1. La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted debido a que la información que se proveerá podría resultarle de carácter personal por lo que podría causar incomodidad en el momento de contestar el cuestionario.
- D. **BENEFICIOS:** La investigación arrojará datos estadísticos que permitirán profesionales en Psicología un acercamiento con el tema de la ideación suicida durante la adolescencia, así como la interpretación de factores predictores con el propósito de brindar herramientas que puedan proteger, orientar y guiar a los adolescentes durante intervenciones interdisciplinarias de este tema.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- E. Responder el cuestionario le tomará aproximadamente 25 minutos.

- F. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión tenga ningún efecto sobre usted.
- G. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión tenga ningún efecto sobre usted.
- H. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.
- I. En caso de tener alguna pregunta respecto a los términos y condiciones, puede ponerse en contacto con el investigador principal: Michael Chacón Paniagua, al teléfono: (+506) 7090-6026, o la dirección de correo electrónico mike.chacon2683@gmail.com.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Edad en años cumplidos (Si es menor de 18 años o mayor de 25 años, NO debe de continuar con la encuesta): _____
2. Sexo biológico
 - Hombre
 - Mujer
3. Durante mi adolescencia me identifiqué con el siguiente grupo de diversidad sexual
 - Heterosexual
 - Lésbico
 - Bisexual
 - Gay
 - Transexual

- Transgénero
- Queer

4. Provincia de procedencia

- a. Alajuela
- b. Cartago
- c. Guanacaste
- d. Heredia
- e. Limón
- f. Puntarenas
- g. San José

5. ¿De qué tipo de institución secundaria se graduó usted? (sólo marque una opción, aquella en que terminó sus estudios secundarios)

- Bachillerato por Madurez
- Colegio Nocturno
- Colegio Académico Diurno Privado
- Colegio Técnico Diurno
- Colegio Académico Diurno Público
- Otro

6. Por favor lea cuidadosamente las siguientes opciones y seleccione aquella que representa el tipo de familia en la cual usted creció y en la que ha vivido la mayor parte de su vida.

- Crecí en una familia con mis dos padres biológicos presentes
- Crecí en una familia con sólo mi madre biológica presente, mi padre biológico desapareció y casi nunca he vuelto a saber de él
- Crecí en una familia con sólo mi madre biológica presente, pero mi padre biológico se ha mantenido en contacto con mi casa
- Crecí en una familia con sólo mi padre biológico presente, mi madre biológica desapareció y casi nunca he vuelto a saber de ella
- Crecí en una familia con sólo mi padre biológico presente, pero mi madre biológica siempre se ha mantenido en contacto con mi casa
- Crecí en una familia sin ninguno de mis padres biológicos presentes

7. Con respecto a la educación del padre o encargado (figura paterna) de su familia cuando usted era adolescente. Seleccione la opción del mayor nivel educativo obtenido de él. *** En caso de no existir, seleccione "No aplica"

- Educación primaria completa
- Educación primaria incompleta
- Educación secundaria completa
- Educación secundaria incompleta
- Educación universitaria completa
- Educación universitaria incompleta
- No aplica

8. Con respecto a la educación del madre o encargada (figura materna) de su familia cuando usted era adolescente. Seleccione la opción del mayor nivel educativo obtenido por ella. *** En caso de no existir, seleccione "No aplica"

- Educación primaria completa
- Educación primaria incompleta
- Educación secundaria completa
- Educación secundaria incompleta
- Educación universitaria completa
- Educación universitaria incompleta
- No aplica

Conteste las siguientes preguntas pensando en su realidad cuando usted era adolescente

9. ¿Cuántas personas vivían en su casa? (inclúyase usted): _____
10. ¿Cuántos hermanos/as que tenía? (Si no tenía escriba un cero "0"): _____
11. ¿Cuántos de sus hermanos/as eran menores que usted? (Si no tenía hermanos/as menores escriba un cero "0"): _____
12. ¿Cuántos de sus hermanos/as eran mayores que usted? (Si no tenía hermanos/as mayores escriba un cero "0"): _____
13. ¿Mi familia contaba con casa propia? (Ni hipotecada, ni alquilada)

- Sí
- No

14. ¿Cada persona de la casa contaba con su propia habitación?

- Sí
- No

15. ¿Mi familia contaba con automóvil propio?

- Sí

No

16. ¿En mi casa había televisión por cable?

Sí

No

17. ¿En mi casa había internet?

Sí

No

VERSIÓN ABREVIADA DE PRUEBA IRSA

En el siguiente cuestionario, encontrará una serie de afirmaciones que deberá responder con base a lo que usted recuerda de su adolescencia (de los 10 a los 19 años). La respuesta debe únicamente ser afirmativa o negativa.

| # ítem | ítemes y subescalas | Sí | No |
|------------------|--|----|----|
| Subescala | Factores de Riesgo no modificables (antecedentes) | | |
| 1 | Durante mi adolescencia intenté hacerme daño | | |
| 2 | Durante mi adolescencia intenté suicidarme | | |
| 3 | Durante mi adolescencia pensé en suicidarme | | |
| 4 | Durante mi adolescencia me tuvieron que atender u hospitalizar por un intento de suicidio | | |
| 5 | Cuando era adolescente, alguno de mis familiares intentó matarse o se suicidó | | |
| 6 | Cuando era adolescente, algún familiar o amigo(a) mío murió por suicidio | | |
| 7 | Durante mi adolescencia mis padres se separaron o se divorciaron | | |
| 8 | Durante mi niñez o mi adolescencia sufrí abuso sexual | | |
| 9 | Durante mi adolescencia atendí a terapia psicológica | | |
| 10 | Durante mi adolescencia me tuvieron que atender u hospitalizar por algún trastorno psicológico | | |
| Subescala | Factores modificables | | |
| 11 | Durante mi adolescencia, utilicé drogas como marihuana, cocaína, crack u otras | | |

| | | | |
|------------------|---|--|--|
| 12 | Durante mi adolescencia, tomaba licor hasta emborracharme | | |
| 13 | Durante mi adolescencia, en mi familia había muchos conflictos y peleas la mayor parte del tiempo | | |
| 14 | Durante mi adolescencia en mi casa casi siempre me castigan con golpes | | |
| 15 | Durante mi adolescencia, sentí que mi familia no me apoyaba | | |
| 16 | Durante mi adolescencia, me sentía muy presionado y con demasiadas responsabilidades | | |
| 17 | Cuando era adolescente, constantemente fracasaba en mis estudios | | |
| Subescala | Depresión /ansiedad | | |
| 18 | Durante mi adolescencia consideraba que las cosas estarían mejor si yo no hubiera estado | | |
| 19 | Durante mi adolescencia, era muy impulsivo la mayor parte del tiempo | | |
| 20 | Durante mi adolescencia, reaccionaba impulsivamente y sin pensar la mayor parte del tiempo | | |
| 21 | Durante mi adolescencia, me sentía muy enojado con otros la mayoría del tiempo | | |
| 22 | Durante mi adolescencia, me sentía solo y aislado de los demás casi siempre | | |
| 23 | Durante mi adolescencia, me sentía incapaz de salir adelante | | |
| 24 | Cuando era adolescente, sentía que no podía llenar las expectativas de los demás | | |
| 25 | Cuando era adolescente, pensaba que no era tan bueno como debería de haber sido | | |
| 26 | Cuando era adolescente, tendía a reaccionar violentamente cuando las cosas me salían mal | | |
| 27 | Cuando era adolescente, sentía que nunca podría ser feliz | | |
| 28 | Cuando era adolescente, me sentía culpable la mayor parte del tiempo | | |
| 29 | Cuando era adolescente, en muchas ocasiones sentí que no valía nada | | |
| 30 | Cuando era adolescente, me sentía como un perdedor a la mayor parte del tiempo | | |
| 31 | Cuando era adolescente, me era difícil concentrarme por mis preocupaciones | | |
| 32 | Pasaba enojado la mayor parte del tiempo | | |
| 33 | Cuando era adolescente, sentía que no le caía bien a la gente | | |
| 34 | Cuando era adolescente, pasaba triste o enojado casi siempre | | |

| | | | |
|------------------|--|--|--|
| 35 | Cuando era adolescente, prefería estar solo y aislado casi siempre | | |
| 36 | Cuando era adolescente, tenía problemas para dormir a menudo | | |
| Subescala | Ideación suicida | | |
| 37 | Cuando era adolescente, había pensado en el modo de hacerme daño | | |
| 38 | Cuando era adolescente, había hecho un plan de cómo acabar con mi vida | | |
| 39 | Cuando era adolescente, les había hecho cartas de despedida a mis amigos o familiares antes de intentar acabar con mi vida | | |
| 40 | Cuando era adolescente, había buscado métodos en Internet, revistas o consultado métodos de suicidios | | |
| 41 | Cuando era adolescente, me exponía a situaciones en que estuviera al borde de la muerte | | |
| 42 | Cuando era adolescente, hablaba frecuentemente de la muerte y de los deseos de estar muerto | | |
| 43 | Cuando era adolescente, tenía acceso a armas de fuego | | |
| 44 | Cuando era adolescente, en ocasiones cuando sentía cólera me cortaba o me auto-agredía | | |
| 45 | Cuando era adolescente, pensé alguna vez que lo mejor era estar muerto | | |
| 46 | Cuando era adolescente, intenté algún plan para morirme | | |
| 47 | Cuando era adolescente, tenía cercano algún tipo de arma | | |
| Subescala | Factores precipitantes | | |
| 48 | Cuando era adolescente, murió algún amigo o familiar con quien tenía una relación cercana | | |
| 49 | Cuando era adolescente, perdí a alguien a quien quería | | |
| 50 | Cuando era adolescente, tenía la sensación de estar muy confundido | | |
| 51 | Cuando era adolescente, se terminó la relación con alguna pareja | | |
| 52 | Cuando era adolescente, había algunos problemas fuertes que me causaban preocupación | | |
| 53 | Cuando era adolescente, me agredían constantemente en el lugar donde estudiaba | | |
| 54 | Cuando era adolescente, mis compañeros de estudio me hacían la vida imposible | | |
| 55 | Cuando era adolescente, me sentía humillado y fuera de lugar en el lugar donde estudiaba | | |
| 56 | Cuando era adolescente, tenía muchos problemas en mi familia | | |
| Subescala | Creencias | | |

| | | | |
|------------------|--|--|--|
| 57 | Cuando era adolescente, pensaba en el suicidio como una solución a mis problemas | | |
| 58 | Cuando era adolescente, a veces pensaba merecería morir | | |
| 59 | Cuando era adolescente, tenía la sensación de que las cosas estaban mal y que seguirían siempre así | | |
| 60 | Cuando era adolescente, me sentía muy angustiado por no ser como quería ser | | |
| 61 | Cuando era adolescente, sentía que no tenía perdón | | |
| Subescala | Factores protectores | | |
| 62 | Cuando era adolescente, me sentía como una persona valiosa | | |
| 63 | Cuando era adolescente, sentía que la gente me apreciaba | | |
| 64 | Cuando era adolescente, pensé que había gente que se interesaba por mí y por lo que me pasaba | | |
| 65 | Cuando era adolescente, sentía que mi vida valía la pena | | |
| 66 | Cuando era adolescente, tenía amigos(as) con quienes contar | | |
| 67 | Cuando era adolescente, sentía que podía confiar en las personas de mi familia | | |
| 68 | Cuando era adolescente, tenía planes para el futuro | | |
| 69 | Cuando era adolescente, sentía que me extrañarían si faltara | | |
| 70 | Cuando era adolescente, la mayor parte del tiempo me sentí bien | | |
| 71 | Cuando era adolescente, sentía que valía la pena vivir | | |
| 72 | Cuando era adolescente, pensé que eres capaz de hacer lo que me propusiera | | |
| 73 | Cuando era adolescente, cuando me sentía mal podía buscar alguien que me escuchara y que me ayudara | | |
| 74 | Cuando era adolescente, tenía confianza para hablar con alguien si estaba en problemas o me sentía mal | | |
| 75 | Cuando era adolescente, disfrutaba de mi vida la mayor parte del tiempo | | |
| 76 | Cuando era adolescente, formé parte de algún grupo u organización de jóvenes | | |
| 77 | Cuando era adolescente, pensaba que aprendía mucho de mis propios problemas | | |

DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA

Yo Michael José Chacón Paniagua, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 2-0589-0575 egresado de la carrera de **Psicología** de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de **Licenciatura en Psicología**, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: *Recuerdo de Ideación Suicida en la Adolescencia en una población de adultos de 18 a 30 años de la Gran Área Metropolitana*, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte: artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público.

En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 12 días del mes de agosto del año dos mil veinte.



Firma del estudiante

Cédula: 205890575

**CARTA DE APROBACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA,
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN
ELECTRÓNICA DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACIÓN**

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, 12 de agosto de 2020


Señores:
Universidad Hispanoamericana
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito **Michael José Chacón Paniagua** con número de identificación **2-0589-0575** autor (a) del trabajo de graduación titulado ***"Recuerdo de Ideación Suicida en la Adolescencia en una población de adultos de 18 a 30 años de la Gran Área Metropolitana"*** presentado y aprobado en el año 2020 como requisito para optar por el título de Licenciatura en Psicología; Si autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,


Firma y Documento de Identidad

**ANEXO 1 (Versión en línea dentro del Repositorio)
LICENCIA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA PUBLICAR Y
PERMITIR LA CONSULTA Y USO**

Parte 1. Términos de la licencia general para publicación de obras en el repositorio institucional

Como titular del derecho de autor, confiero al Centro de Información Tecnológico (CENIT) una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

- a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, el autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito.
- b) Autoriza al Centro de Información Tecnológico (CENIT) a publicar la obra en digital, los usuarios puedan consultar el contenido de su Trabajo Final de Graduación en la página Web de la Biblioteca Digital de la Universidad Hispanoamericana
- c) Los autores aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.
- d) Los autores manifiestan que se trata de una obra original sobre la que tienen los derechos que autorizan y que son ellos quienes asumen total responsabilidad por el contenido de su obra ante el Centro de Información Tecnológico (CENIT) y ante terceros. En todo caso el Centro de Información Tecnológico (CENIT) se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.
- e) Autorizo al Centro de Información Tecnológica (CENIT) para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.
- f) Acepto que el Centro de Información Tecnológico (CENIT) pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.
- g) Autorizo que la obra sea puesta a disposición de la comunidad universitaria en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en las "Condiciones de uso de estricto cumplimiento" de los recursos publicados en Repositorio Institucional.

SI EL DOCUMENTO SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA O UNA ORGANIZACIÓN, CON EXCEPCIÓN DEL CENTRO DE INFORMACIÓN TECNOLÓGICO (CENIT), EL AUTOR GARANTIZA QUE SE HA CUMPLIDO CON LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES REQUERIDOS POR EL RESPECTIVO CONTRATO O ACUERDO.

CARTAS DE APROBACIÓN

San José, 11 de agosto del 2020

Señores:

Universidad Hispanoamericana

Estimados Señores:

Por este medio confirmo que el estudiante Michael José Chacón Paniagua, con número de identificación 205890575 autor del trabajo de graduación titulado "Recuerdo de Ideación Suicida en la Adolescencia en una población de adultos de 18 a 30 años de la Gran Área Metropolitana" (Tesis para optar por grado de Licenciatura), ha presentado las solicitudes de adendas correspondientes, doy visto bueno para que la estudiante pueda proceder con la matrícula correspondiente de la modalidad de graduación.

Atentamente,

 Firmado digitalmente por
JOSE DAVID
SOTO
HERNANDEZ
(FIRMA)
Fecha: 2020.08.10
13:53:52 -06'00'

Lic. Jose David Soto Hernández

Ced. 112490662

CARTA DEL LECTOR

9 de setiembre del 2020

Sres.**Departamento de Registro****Universidad Hispanoamericana**

Estimado señores:

El estudiante **Michael José Chacón Paniagua**, cédula de identidad número 2-0589-0575, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de Tesis "**Recuerdo de Ideación Suicida en la Adolescencia en una población de adultos de 18 a 30 años de la Gran Área Metropolitana**", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura.

En mi calidad de lector, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

Por lo tanto, se avala el traslado al siguiente proceso.

Atentamente,



Lic. Jean Carlo Canales Mejicano**Cédula: 1-1581-0529****Código: 11381**

San José, 24 de Septiembre del 2020

Señores:

Universidad Hispanoamericana

Estimados Señores:

Por este medio confirmo que el estudiante Michael José Chacón Paniagua, con número de identificación 205890575, autor del trabajo de graduación titulado *"Recuerdo de Ideación Suicida en la Adolescencia en una población de adultos de 18 a 30 años con orientación sexual diversa de la Gran Área Metropolitana"*, como requisito para optar por el título de Licenciatura en Psicología, ha presentado las solicitudes de adendas correspondientes, doy visto bueno para que el estudiante pueda proceder a la matrícula correspondiente a la modalidad de graduación.

Atentamente,

JOSE
DAVID
SOTO
HERNAN
DEZ
(FIRMA)

Firmado
Digitalmente
por JOSE
DAVID SOTO
HERNANDEZ
(FIRMA)
Fecha:
2020.09.24
18:26:23
06:00

Lic. Jose David Soto Hernández