



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Variables psicosociales en jóvenes universitarios con ideación y/o comportamiento suicida

Alumna: Paula Quesada Moreno

**Tutor: Prof. D. José Antonio Muela
Martínez**

Dpto.: Psicología

Mayo, 2022

Índice

Resumen.....	4
1. Introducción	5
2. Objetivos e hipótesis	8
3. Metodología	10
3.1. Participantes	10
3.2. Instrumentos	10
3.3. Procedimiento	12
4. Resultados.....	13
5. Discusión	21
6. Conclusiones.....	27
7. Referencias bibliográficas.....	29
8. Anexos.....	34

Resumen

En los últimos años, se están publicando cifras alarmantes de suicidio cometidos por las personas jóvenes. Debido a ello, es importante identificar las variables que predisponen a mayor ideación y comportamiento suicida, además de aquellas que reducen el riesgo, y pueden ser fundamentales en la prevención. Se realizó un estudio con estudiantes universitarios (N=128), que fueron evaluados en variables psicosociales para comprobar diferencias entre jóvenes con/sin ideación y con/sin comportamiento suicida. Más específicamente, estas variables fueron sociodemográficas, emocionales (depresión, desesperanza y empatía) y otras como la emoción expresada. La ideación se evaluó mediante la creencia “la muerte como solución de un problema” y el comportamiento suicida incluía también aquellos intentos de suicidio no concluidos. Entre los instrumentos, se encuentran el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Desesperanza de Beck. Los análisis estadísticos incluyeron razones de verosimilitud y pruebas T de Student. Se encontraron algunas variables emocionales que se relacionan de forma análoga con la ideación y el comportamiento suicida.

Palabras clave: prevención, variables sociodemográficas, variables emocionales, creencia, intentos de suicidio.

Abstract

In recent years, alarming figures of suicide committed by young people are being published. Due to this, it is important to identify the variables that predispose to greater suicidal ideation and behavior, in addition to those that reduce its risk, and can be fundamental in its prevention. A study was carried out with university learners (N=128), who were evaluated in psychosocial variables to verify differences between young people with/without suicidal ideation and with/without suicidal behavior. More specifically, sociodemographic and, emotional variables (depression, hopelessness and empathy) and others such as expressed emotion were controlled. Ideation was assessed through the belief “death as a solution to a problem” and suicidal behavior also included unfinished suicide attempts. Among the instruments are the Beck Depression Inventory and the Beck Hopelessness Scale. Statistical analyses included likelihood ratios and Student’s t tests. Some emotional variables were found to be analogously related to suicidal ideation and behavior.

Keywords: prevention, sociodemographic variables, emotional variables, belief, suicide attempts.

1. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), más de 700.000 personas aproximadamente deciden acabar con su vida cada año. Sin embargo, estas cifras han experimentado cambios derivados de la aparición de la pandemia por Covid-19 que ha traído consigo un aumento de la prevalencia de problemas de salud física y mental, y un agravamiento de los mismos.

En España, durante el año 2020, un total de 3.941 personas consiguieron acabar con su vida, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (2021), 2.938 eran hombres y 1.011 mujeres. Con ello, el año 2020 ha tenido un aumento pronunciado de suicidios en comparación con el resto de años (Observatorio del Suicidio en España [OSE] de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2021).

Este observatorio ha recabado datos que dejan de manifiesto 80.000 intentos de suicidio cada año, además de millones de sujetos que presentan ideación suicida, por tanto, la cifra aumenta si se tienen en cuenta la ideación suicida, los intentos de suicidio y/o intentos fallidos.

De manera general, se han descrito diferencias entre hombres y mujeres en el riesgo suicida, de modo que existen evidencias de que las mujeres tienen un mayor riesgo de presentar ideación suicida que los hombres (Mondragón y cols., 1998). La edad también parece ser un factor a tener en cuenta, puesto que se ha descrito que el intento de suicidio suele darse más en mujeres jóvenes, y mediante métodos no violentos, tales como el uso de sustancias tóxicas. Sin embargo, el suicidio consumado, es más común en hombres adultos y ancianos, quienes suelen utilizar los métodos violentos, como las armas de fuego y el ahorcamiento (Pérez, 1999).

Es cierto que, pese a que el suicidio consumado es más frecuente en adultos varones, el suicidio en 2019 ha sido la cuarta causa de fallecimiento en jóvenes de 15 a 29 años (OMS, 2021). En concreto en España, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (2021), 227 hombres y 73 mujeres de entre 15 y 29 años decidieron acabar con su vida.

Una de las posibles explicaciones, que apuntan algunos investigadores, es que la población universitaria (de 18 a 24 años) se encuentra en un periodo crítico de transición a la adultez en el que existe un mayor riesgo descrito de aparición de trastornos mentales, y este riesgo puede haberse visto aumentado debido a las vivencias experimentadas durante la pandemia del Covid-19 (Marino-Nieto y cols., 2018).

Es importante entender lo que está aconteciendo actualmente para evolucionar como sociedad. Así, el suicidio no tiene un origen específico, sino que es explicado por una predisposición genética que interacciona con el ambiente y con estresores para desencadenar diferentes conductas (Celada, 2014). Además, los estresores destacados son las experiencias

traumáticas y la depresión (Gutiérrez-García y cols., 2006). Sin embargo, no todas las personas con trastornos mentales realizan intentos de suicidio (Oquendo, 2010). La ideación y el comportamiento suicida tienen un origen complejo y multifactorial, donde existen factores de riesgo sociales, psicológicos y biológicos que interaccionan entre sí (Mann, 1998).

Por lo tanto, existen otros factores de riesgo que pueden ser predisponentes y sumarse a los anteriores, y esta predisposición es el elemento clave que diferencia a las personas con trastornos mentales entre un mayor o menor riesgo de cometer un intento de suicidio, sin embargo, en muchas ocasiones no solamente queda en un intento (Mann, 1998). Para entender los aspectos específicos de esta problemática antes es necesario comprender sus orígenes, para lo cual la explicación de los elementos predisponentes se explicará detenidamente más adelante.

Así, con respecto a la definición, el suicidio se ha investigado como un evento puntual y, en contraposición, como un proceso progresivo en el que ha intervenido la interacción de múltiples vivencias y factores (Gómez, 2021).

Actualmente, diversas investigaciones siguen el Modelo del suicidio como proceso (Aranguren, 2009), continuo (Pérez, 1999) o espectro (Oquendo, 2010). Más específicamente, se basa en el progreso a través de un continuo que comienza con la ideación (en muchas ocasiones ideas expresadas pero malinterpretadas u ocultadas como bromas), llegando a las amenazas (que la gran mayoría de veces son tomadas como llamadas de atención) e intentos, hasta un propio desenlace irreversible, como el suicidio (Pérez, 1999).

La ideación suicida es considerada como el primer paso de la escalera. Es un factor de riesgo y junto a otros, podrían servir de empuje a otro escalón para cometer un intento de suicidio, y si se siguiese subiendo la escalera a través de empujones y acumulando peldaños llegaríamos al final de esta: el suicidio (Cañón y Carmona, 2018).

Desde esta aproximación, la ideación suicida son pensamientos sobre el deseo de finalizar la propia vida. El intento de suicidio se caracteriza por lesiones, cualquiera que sea la gravedad de las mismas, autoprovocadas con la intención de causar el propio fallecimiento, pero por distintas influencias no concluyendo el resultado que se pretende, la muerte. El suicidio supone aquellos actos lesivos provocados a uno mismo con una intención voluntaria y con el fin último de conseguir la muerte, y que finalmente sí se consigue. Entre estas categorías existe un amplio rango de manifestaciones (Oquendo, 2010).

Por lo tanto, estos enfoques actuales serán los que guíen el marco teórico sobre el que se sustenta esta investigación. Desde el Modelo Diátesis-Estrés, y con respecto a diversas investigaciones, se han detectado principalmente unos factores de riesgo que pueden aumentar

la probabilidad de presentar ideación suicida, o intentos de suicidio, los cuales son los principales elementos predisponentes en los que se centrará esta investigación:

- La presencia de enfermedades mentales, principalmente la depresión (Cañón y Carmona, 2018).
- Intentos suicidas previos (Calvo y cols., 2003).
- Determinados trastornos de personalidad. Entre los hallazgos de diversos estudios, se encuentran los trastornos de personalidad límite relacionados con la ideación (Rubio, 2002) y comportamiento suicida (Blasco-Fontecilla y cols., 2009; Esbec y Echeburúa, 2014). Según la quinta versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association [APA], 2018), los trastornos de personalidad se pueden clasificar en: el grupo A (paranoide, esquizoide y esquizotípico), el grupo B (antisocial, límite, histriónico y narcisista) y el grupo C (evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo).
- La desesperanza. Se define como aquellas expectativas negativas acerca del futuro que comparten los esquemas cognitivos de la persona (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida, 2012). Las personas con niveles elevados de desesperanza tienen una gran predisposición a presentar ideación suicida (Mondragón y cols., 1998).
- La baja empatía. La incapacidad de adoptar otros puntos de vista que presentan las demás personas y la cual suele estar asociada a una rigidez mental (Celada, 2014).
- La disfunción familiar y de pareja. Son las principales redes de apoyo de la persona que intervienen en diversas experiencias durante el desarrollo (Pérez-Olmos y cols., 2008). Además, se pone de manifiesto la asociación entre la ideación suicida y la valoración social percibida por la propia persona (Sánchez-Teruel y cols., 2013). En general, el hombre sin pareja posee un mayor riesgo de conductas autodestructivas que la mujer sin pareja, sin embargo, el hombre con pareja tiene menos riesgo suicida que la mujer en dicha condición (Pérez, 1999).
- La orientación sexual. Se ha demostrado un mayor riesgo de intentos de suicidio para las personas de diversa orientación sexual (bisexual y homosexual) en comparación con las personas heterosexuales (Salway y cols., 2016). Por lo tanto, puede ser una variable que predisponga con mayor probabilidad a sufrir experiencias negativas y con ello a experimentar esquemas cognitivos negativos y menor apoyo social, los cuales tendrían un mayor efecto en sí sobre las ideas y conductas suicidas (Ream y Peters, 2021).

- El abuso sexual. En diversas investigaciones mostró una gran asociación con conductas suicidas (Calvo y cols., 2003).

De igual manera, no existe un amplio estudio entre la emoción expresada e ideación y comportamiento suicida, pero sí muchas investigaciones que ponen de manifiesto que la disfunción familiar tiene una relación significativa con estas variables (Siabato y Salamanca, 2015).

Seguidamente, con respecto a los factores de protección, se han destacado:

- Ausencia de trastornos mentales como depresión, esquizofrenia y/o abuso de sustancias psicoactivas (Celada, 2014).
- Apoyo familiar y de pareja. Con respecto al apoyo familiar, entre los resultados de Rojas y Saavedra (2014), se muestra una relación entre la ideación suicida y la cohesión familiar, así estas adecuadas relaciones familiares pueden contrarrestar el efecto de diversos factores de vulnerabilidad. Además, de que según Pérez (1999) se ha comprobado que una buena calidad en las relaciones matrimoniales puede ser un factor protector contra la conducta suicida.
- Religión. Se lleva estudiando desde hace décadas el aspecto religioso como factor protector ante conductas suicidas (Colucci y Martin, 2008).

Por último, según el OSE (2021), existen múltiples mitos del suicidio, entre ellos, que entablar una conversación sobre el suicidio incita a hacerlo. Esto es falso puesto que hablar de manera adecuada sobre un indicador de riesgo como las ideas suicidas facilita la superación. Además, que la sociedad permanezca indiferente ante esta problemática, en vez de abordarla directamente, genera que el problema social se acentúe. Es necesario seguir desarrollando adecuadas medidas preventivas contra el suicidio. En España, todavía no se dispone de un plan o estrategia estatal de prevención del suicidio. Así, dicho observatorio expone entre las estrategias, proporcionar pautas de actuación a familiares y a distintos profesionales. La Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2021) deja así marcada su conocida frase “el suicidio solo puede ser prevenido o llorado” (p. 11).

2. Objetivos e hipótesis

A continuación, se presentarán 3 objetivos generales:

Objetivo general 1. Comprobar si existen relaciones y diferencias estadísticamente significativas en las variables psicosociales entre los jóvenes con ideación suicida con respecto a los jóvenes sin ideación suicida.

Objetivo general 2. Comprobar si existen relaciones y diferencias estadísticamente significativas en las variables psicosociales entre los jóvenes con comportamiento suicida (tentativas a punto de ocurrir y tentativas sí ocurridas) con respecto a los jóvenes sin comportamiento suicida.

Objetivo general 3. Comprobar si existe relación entre la ideación y las tentativas suicidas.

Además, los objetivos específicos se concretan en:

- Objetivo específico 1.1. Comprobar si existe relación entre las variables sociodemográficas (sexo, orientación sexual, presencia de pareja actual, convivencia con los padres, religión y abusos sexuales previos) y la ideación suicida.
- Objetivo específico 1.2. Analizar si existe relación entre las variables emocionales (depresión, desesperanza y empatía) y la ideación suicida.
- Objetivo específico 1.3. Comprobar si existe relación entre los trastornos de personalidad (paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite, histriónico, narcisista, evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo) y la ideación suicida.
- Objetivo específico 1.4. Analizar si existe relación entre la emoción expresada y la ideación suicida.
- Objetivo específico 2.1. Comprobar si existe relación entre las variables sociodemográficas (sexo, orientación sexual, convivencia con los padres, presencia de pareja actual, religión y abusos sexuales previos) y el comportamiento suicida.
- Objetivo específico 2.2. Analizar si existe relación entre las variables emocionales (depresión, desesperanza y empatía) y el comportamiento suicida.
- Objetivo específico 2.3. Comprobar si existe relación entre los trastornos de personalidad (paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite, histriónico, narcisista, evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo) y el comportamiento suicida.
- Objetivo específico 2.4. Analizar si existe relación entre la emoción expresada y el comportamiento suicida.

Finalmente, las hipótesis específicas son:

- Hipótesis específica 1.1. Se espera que exista una relación entre las variables sociodemográficas: sexo (concretamente, el femenino), orientación sexual (concretamente, homosexuales y bisexuales), presencia de pareja actual, convivencia con los padres, religión, abuso sexual previo, y la ideación suicida.

- Hipótesis específica 1.2. Se espera que exista una relación entre las variables emocionales (depresión, desesperanza y empatía) y la ideación suicida.
- Hipótesis específica 1.3. Se espera que exista una relación entre el trastorno de personalidad límite y la ideación suicida.
- Hipótesis específica 1.4. Se espera que exista una relación entre la emoción expresada y la ideación suicida.
- Hipótesis específica 2.1. Se espera que exista una relación entre las variables sociodemográficas: sexo (concretamente, el femenino), orientación sexual (concretamente, homosexuales y bisexuales), presencia de pareja actual, convivencia con los padres, religión, abuso sexual previo, y el comportamiento suicida.
- Hipótesis específica 2.2. Se espera que exista una relación entre las variables emocionales (depresión, desesperanza y empatía) y el comportamiento suicida.
- Hipótesis específica 2.3. Se espera que exista una relación entre el trastorno de personalidad límite y el comportamiento suicida.
- Hipótesis específica 2.4. Se espera que exista una relación entre la emoción expresada y el comportamiento suicida.
- Hipótesis específica 3.1. Se espera que exista una relación entre la ideación y las tentativas suicidas.

3. Metodología

3.1. Participantes

El total de participantes (N=128, de los cuales 102 mujeres y 26 hombres) de esta investigación fueron seleccionados a través de los siguientes criterios de inclusión:

- Presentar una edad comprendida entre los 18 y 25 años.
- Pertenecer al segundo Grado de Psicología de la Universidad de Jaén (al tener el mismo nivel cultural se excluía esta variable de los datos sociodemográficos).

3.2. Instrumentos

Los principales instrumentos empleados en esta investigación son:

- El cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos (realizada para esta investigación, véase *anexo 1*). En los datos sociodemográficos se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, orientación sexual, pareja actual, religión y convivencia con los padres. En los datos clínicos se recogieron los siguientes datos:

abuso sexual previo, la creencia “la muerte como solución de un problema”, tentativa no concluida y tentativa sí concluida.

- El Inventario de Depresión de Beck (Beck y cols., 1961; en la versión española Conde y Useros, 1975). El Inventario de Depresión de Beck es un cuestionario validado compuesto por 21 ítems que identifican diversos síntomas depresivos, e inicialmente fue una escala heteroaplicada que fue adaptada al castellano (Conde y Useros, 1975). Posteriormente, Beck y colaboradores (1979) realizan una actualizada versión que fue traducida al español por Vázquez y Sanz (1991). Este cuestionario contiene en mayor proporción síntomas cognitivos, siendo tras estos los síntomas somáticos los más destacados (Schotte y cols., 1997). El objetivo del instrumento es expresar a nivel numérico la sintomatología padecida por el sujeto (Kendall y cols., 1987). Los puntos de corte se conforman de 0 a 9 puntos para no presentar depresión, de 10 a 18 puntos para la depresión leve, de 19 a 29 puntos para la depresión moderada, e igual o mayor a 30 para depresión grave (Beck y cols., 1988). Este instrumento muestra una buena consistencia interna (0,76-0,95) y validez predictiva (Vázquez y Sanz, 1991).
- La Escala de Desesperanza de Beck (Beck y cols., 1974; en la versión española Aguilar y cols., 1995). Este cuestionario autoaplicado trata de identificar las expectativas negativas enfocadas en el futuro que tienen los sujetos. Está compuesta por 20 ítems. Es uno de los mejores predictores de suicidio y resulta muy adecuada también para estudiar la depresión. Además, se obtiene una puntuación total y tres puntuaciones diferentes organizadas en factores: factor afectivo, factor motivacional y factor cognitivo. El punto de corte entre 0 y 8, indicaría un riesgo bajo de cometer suicidio, mientras que entre 9 y 20 indicaría un riesgo alto de cometer suicidio. La fiabilidad expresada a través del coeficiente de alfa de Cronbach oscila desde 0,82 a 0,84 (Universidad Complutense de Madrid [UCM], s.f.). Finalmente, destaca una sensibilidad del 85,7% y una especificidad del 76,2% (UCM, s.f.).
- El Examen Internacional para los Trastornos de Personalidad (IPDE) (Loranger, 1995; en la versión española López-Ibor y cols., 1996). Se trata de un cuestionario que detecta trastornos de personalidad y que contiene 77 ítems. El participante indica Verdadero o Falso en los ítems, y específicamente, son más de tres criterios para indicar la presencia de un determinado trastorno de personalidad. Está compuesto por diez escalas: paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite,

histriónico, narcisista, evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva. Destaca la fiabilidad del instrumento y la estabilidad temporal (Esbec y Echeburúa, 2014).

- Cuestionario de Evaluación de la Emoción Expresada (E5) (Muela y cols., 2012). Se trata de un breve cuestionario con 8 ítems que evalúan los componentes de la emoción expresada (crítica, hostilidad y sobreimplicación emocional). Es destacable que un miembro de la familia presente alguna dimensión para que la familia en sí sea clasificada de alta emoción expresada. El cuestionario detecta las evaluaciones negativas, además de los sentimientos o actitudes hacia el sujeto (Muela y Godoy, 2001).
- Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) (Davis, 1980; Pérez-Albéniz y cols., 2003). Es una medida de autoinforme para evaluar la empatía. Consta de 28 ítems, distribuidos en cuatro dimensiones: toma de perspectiva, fantasía, preocupación empática y malestar personal. Cada una de ellas consta de siete ítems. Las dos primeras subescalas evalúan los aspectos cognitivos. Más concretamente, la subescala toma de perspectiva mide la capacidad para asimilar el punto de vista de los demás. La subescala de fantasía evalúa la capacidad del sujeto para ponerse en situaciones imaginarias (Mestre y cols., 2004). Las dos siguientes subescalas evalúan las respuestas emocionales ante las vivencias negativas de los otros. La subescala preocupación empática mide los sentimientos de afecto e inquietud ante el malestar de las demás personas. La subescala de malestar personal mide los sentimientos de intranquilidad, incomodidad y ansiedad que el individuo expresa frente a las situaciones negativas de los otros (Davis, 1983; Mestre y cols., 1999). Asimismo, el instrumento presentaba una alta fiabilidad en muestras de estudiantes (Pérez-Albéniz y cols., 2003). Por otro lado, también se expone una alta validez convergente y discriminante en la versión española (Pérez-Albéniz y cols., 2003).

3.3. Procedimiento

Se procedió a contactar con dos profesores que imparten docencia en el Grado de Psicología de la Universidad de Jaén y, tras la confirmación de su participación, fueron colaboradores planteándoles a sus alumnos la participación voluntaria en este estudio, concretamente la semana del 21 al 27 de febrero del 2022.

En cuanto al orden de administración, primero se encontraba la hoja informativa (véase anexo 2) y, tras ella, el consentimiento informado (véase anexo 3), este orden no variaba. Después, la primera hoja del cuadernillo presentaba el cuestionario sobre datos sociodemográficos y clínicos (véase anexo 1) cuyo orden tampoco variaba. Sin embargo, el

orden en que se aplicaron el resto de los instrumentos del cuadernillo fue contrabalanceado a través de la técnica del contrabalanceo incompleto de cuadrado latino (Arnau y cols., 1990; Buela-Casal y cols., 1996) eliminando posibles variables extrañas.

A continuación, se repartieron a los participantes las hojas informativas y los consentimientos informados. En estas hojas informativas se les informó de que esta investigación no conllevaba ningún riesgo, que los datos se presentaban de forma anónima y, además, se les transmitió la finalidad del estudio. Con respecto al consentimiento informado, aquellos que de forma voluntaria deseaban participar lo rellenaron y lo entregaron para después repartirles un cuadernillo compuesto por una primera hoja en la que figuraba el cuestionario sobre datos sociodemográficos y clínicos, y las siguientes hojas constaban de los instrumentos. El tiempo de aplicación aproximado fue de 40 minutos. Por lo tanto, se trató de una medición en un momento temporal concreto, siendo un estudio transversal.

Seguidamente, del total de 139 participantes, finalmente abarcaron la finalidad del estudio 128 participantes. Se eliminaron así 11 cuadernillos: 8 cuadernillos inacabados y 3 que no cumplían los criterios de inclusión (puesto que eran participantes con una edad mayor de 25 años). Finalmente, se codificaron los datos en Excel, para después analizarlos a través del programa SPSS versión 23.00.

4. Resultados

Para corroborar la “Hipótesis específica 1.1” se realizaron seis razones de verosimilitud entre las variables ideación suicida y las variables sexo (hombre o mujer), orientación sexual (heterosexual, homosexual, bisexual y otros), pareja actual (sí o no), religión (ser creyente o no), convivencia (sí o no) y abuso sexual previo (sí o no), también se han realizado tablas cruzadas. Los resultados pueden observarse en la tabla 1.

Tabla 1*Diferencias entre participantes con o sin ideación suicida en variables sociodemográficas*

Tablas cruzadas	Razón de verosimilitud (gl)	Significación	Dirección de la relación
Ideación suicida x Sexo	0,208 (1)	0,648	
Ideación suicida x Orientación sexual	10,322 (3)	0,016*	El 47,1% de los jóvenes con ideación suicida son heterosexuales y el 44,1% bisexuales frente al 75,5% de los jóvenes sin ideación suicida que son heterosexuales, siendo el 18,1% bisexuales.
Ideación suicida x Pareja	0,006 (1)	0,939	
Ideación suicida x Convivencia	6,175 (4)	0,186	
Ideación suicida x Religión	1,945 (1)	0,163	
Ideación suicida x Abuso sexual	12,892 (1)	0,001**	El 38,2% de los jóvenes con ideación suicida han tenido abusos sexuales previos frente al 9,6% de los jóvenes sin ideación suicida que han tenido abusos sexuales previos.

Nota. *Correlación significativa para ($p < 0,05$). **Correlación significativa para ($p < 0,001$).

Para corroborar la “Hipótesis específica 1.2” se calcularon seis T de Student para las variables entregrupos (con/sin ideación suicida, depresión, desesperanza y las subescalas de empatía). Las subescalas de empatía son: toma de perspectiva, fantasía, preocupación empática y malestar personal. Los resultados pueden observarse en la tabla 2.

Tabla 2*Diferencias entre participantes con o sin ideación suicida en variables emocionales*

Variabes	Ideación suicida	Media (desviación típica)	t (gl)	Significación
Depresión	Con	17,647 (8,879)	4,676 (49,824)	0,001**
	Sin	9,713 (7,254)		
Desesperanza	Con	7,529 (4,882)	3,535 (44,611)	0,001**
	Sin	4,330 (3,332)		
Toma de perspectiva	Con	27,529 (4,385)	-0,675 (126)	0,501
	Sin	28,021 (3,334)		
Fantasía	Con	23,471 (5,695)	-0,008 (126)	0,994
	Sin	23,479 (5,317)		
Preocupación empática	Con	36,529 (3,948)	0,926 (126)	0,356
	Sin	25,840 (3,631)		
Malestar personal	Con	19,471 (5,816)	0,866 (126)	0,388
	Sin	18,585 (4,831)		

Nota. **Correlación significativa para ($p < 0,001$).

Para corroborar la “Hipótesis específica 1.3” se hicieron diez T de Student para las variables entre grupos de con/sin ideación suicida y trastornos de personalidad (paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, antisocial, narcisista, límite, obsesivo-compulsivo, dependencia y evitación). Los resultados se pueden observar en la tabla 3.

Tabla 3*Diferencias entre participantes con o sin ideación suicida en trastornos de personalidad*

Variables	Ideación suicida	Media (desviación típica)	t (gl)	Significación
Paranoide	Con	2,824 (1,507)	2,809 (126)	0,006**
	Sin	2,032 (1,371)		
Esquizoide	Con	2,529 (1,237)	2,994 (126)	0,003**
	Sin	1,830 (1,142)		
Esquizotípico	Con	2,471 (1,692)	2,806 (126)	0,006**
	Sin	1,585 (1,534)		
Histriónico	Con	2,853 (1,726)	0,504 (126)	0,615
	Sin	2,691 (1,552)		
Antisocial	Con	0,765 (1,017)	-0,401 (126)	0,689
	Sin	0,851 (1,097)		
Narcisista	Con	2,118 (1,720)	0,649 (126)	0,518
	Sin	1,926 (1,385)		
Límite	Con	3,824 (1,766)	3,875 (126)	0,001**
	Sin	2,553 (1,590)		
Obsesivo-compulsivo	Con	3,206 (1,095)	1,010 (126)	0,314
	Sin	2,883 (1,741)		
Dependencia	Con	2,706 (1,899)	1,688 (126)	0,094
	Sin	1,899 (1,684)		
Evitación	Con	4,176 (2,645)	0,925 (126)	0,357
	Sin	2,645 (2,452)		

Nota. **Correlación significativa para ($p < 0,01$).

Para corroborar la “Hipótesis específica 1.4” se realizaron tres razones de verosimilitud entre las variables ideación suicida y las dimensiones de la emoción expresada (crítica/hostilidad, sobreimplicación emocional y total emoción expresada). Los resultados pueden observarse en la tabla 4.

Tabla 4*Diferencias entre participantes con o sin ideación suicida en emoción expresada*

Tablas cruzadas	Razón de verosimilitud (gl)	Significación	Dirección de la relación
Ideación suicida x Crítica/hostilidad	3,224 (1)	0,073	
Ideación suicida x Sobreimplicación emocional	4,494 (1)	0,034*	El 32,4% de los jóvenes que tienen ideación suicida, tienen sobreimplicación emocional frente al 15% de los jóvenes que no tienen ideación suicida que sí tienen sobreimplicación emocional.
Ideación suicida x Emoción expresada	3,734 (1)	0,05*	El 41% de los jóvenes que tienen ideación suicida tienen emoción expresada frente al 23% de los jóvenes que no tienen ideación suicida que sí tienen emoción expresada.

Nota. *Correlación significativa para ($p < 0,05$).

Para corroborar la “Hipótesis específica 2.1” se realizaron seis razones de verosimilitud entre las variables comportamiento suicida y las variables sexo (hombre o mujer), orientación sexual (heterosexual, homosexual, bisexual y otros), pareja actual (sí o no), religión (ser creyente o no), convivencia (sí o no) y abuso sexual previo (sí o no), también se realizaron tablas cruzadas. Se pueden observar los resultados en la tabla 5.

Tabla 5

Diferencias entre participantes con/sin comportamiento suicida en variables sociodemográficas

Tablas cruzadas	Razón de verosimilitud (gl)	Significación	Dirección de la relación
Comportamiento suicida x Sexo	2,730 (1)	0,098	
Comportamiento suicida x Orientación sexual	8,304 (3)	0,040*	73,3% de los jóvenes son heterosexuales cuando existe ausencia de comportamiento suicida, sin embargo, cuando existe presencia de comportamiento suicida se reparten entre un 43,5% los heterosexuales y 47,8% los bisexuales.
Comportamiento suicida x Religión	3,731 (1)	0,05*	30,4% de los jóvenes con comportamiento suicida son creyentes mientras que el 52,4% de los jóvenes sin comportamiento suicida son creyentes.
Comportamiento suicida x Pareja	0,026 (1)	0,872	
Comportamiento suicida x Convivencia	2,159 (4)	0,706	
Comportamiento suicida x Abuso sexual	11,342 (1)	0,001**	43,5% de los jóvenes con comportamiento suicida han tenido abusos sexuales previos frente al 11,4% de los que no tienen comportamiento suicida pero sí abusos sexuales previos.

Nota. *Correlación significativa para ($p < 0,05$). **Correlación significativa para ($p < 0,01$).

Para corroborar la “Hipótesis específica 2.2” se calcularon seis T de Student para las variables entregrupos (con/sin comportamiento suicida, depresión, desesperanza y las

subescalas de empatía). Las subescalas de empatía son: toma de perspectiva, fantasía, preocupación empática y malestar personal. Los resultados pueden observarse en la tabla 6.

Tabla 6

Diferencias entre participantes con o sin comportamiento suicida en variables emocionales

Variables	Comportamiento suicida	Media (desviación típica)	t (gl)	Significación
Depresión	Con	16,348 (9,708)	2,920 (126)	0,004**
	Sin	10,829 (7,856)		
Desesperanza	Con	6,957 (4,866)	2,370 (126)	0,01**
	Sin	4,790 (3,753)		
Toma de perspectiva	Con	28,348 (3,297)	0,665 (126)	0,507
	Sin	27,790 (3,707)		
Fantasía	Con	23,174 (5,271)	-0,296 (126)	0,768
	Sin	23,543 (5,447)		
Preocupación empática	Con	26,435 (3,641)	0,585 (126)	0,560
	Sin	25,933 (3,742)		
Malestar personal	Con	18,478 (5,999)	-0,354 (126)	0,724
	Sin	18,895 (4,914)		

Nota. **Correlación significativa para ($p < 0,01$).

Para corroborar la “Hipótesis específica 2.3” se hicieron diez T de Student para las variables entregupos de con/sin comportamiento suicida y trastornos de personalidad (paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, antisocial, narcisista, límite, obsesivo-compulsivo, dependencia y evitación). Los resultados se pueden observar en la tabla 7.

Tabla 7

Diferencias entre participantes con o sin comportamiento suicida en trastornos de personalidad

Variables	Comportamiento suicida	Media (desviación típica)	t (gl)	Significación
Paranoide	Con	2,522 (1,238)	1,024 (126)	0,308
	Sin	2,181 (1,486)		
Esquizoide	Con	1,783 (0,902)	-1,025 (126)	0,307
	Sin	1,783 (0,902)		
Esquizotípico	Con	2,174 (1,527)	1,158 (126)	0,249
	Sin	1,743 (1,635)		
Histriónico	Con	2,783 (1,476)	0,160 (126)	0,873
	Sin	2,724 (1,626)		
Antisocial	Con	0,478 (0,790)	-1,740 (126)	0,084
	Sin	0,905 (1,114)		
Narcisista	Con	1,652 (1,465)	-1,165 (126)	0,246
	Sin	2,048 (1,477)		
Límite	Con	3,696 (1,717)	2,521 (126)	0,01**
	Sin	2,048 (1,477)		
Obsesivo-compulsivo	Con	3,087 (1,083)	0,515 (48,8)	0,609
	Sin	2,943 (1,692)		
Dependencia	Con	2,261 (1,685)	-0,038 (126)	0,970
	Sin	2,276 (1,779)		
Evitación	Con	4,043 (2,567)	0,438 (126)	0,662
	Sin	3,790 (2,499)		

Nota. **Correlación significativa para ($p < 0,01$).

Para corroborar la “Hipótesis específica 2.4” se realizaron tres razones de verosimilitud entre las variables comportamiento suicida y las dimensiones de la emoción expresada (crítica/hostilidad, sobreimplicación emocional y total emoción expresada). Los resultados pueden observarse en la tabla 8.

Tabla 8*Diferencias entre participantes con o sin comportamiento suicida en emoción expresada*

Tablas cruzadas	Razón de verosimilitud (gl)	Significación	Dirección de la relación
Comportamiento suicida x Crítica/Hostilidad	1,944 (1)	0,163	
Comportamiento suicida x Sobreimplicación emocional	1,944 (1)	0,163	
Comportamiento suicida x Emoción expresada	3,067 (1)	0,080	Los jóvenes con comportamiento suicida presentan el 43,5% alta emoción expresada frente a aquellos que no han realizado el comportamiento suicida presenta el 24,8% alta emoción expresada.

Para corroborar la “Hipótesis específica 3.1” se realizó una razón de verosimilitud y una tabla cruzada, los resultados pueden observarse en la tabla 9.

Tabla 9*Relación entre ideación suicida y tentativas suicidas sí ocurridas*

Tabla cruzada	Razón de verosimilitud (gl)	Significación	Dirección de la relación
Ideación suicida x Tentativas suicidas sí ocurridas	6,879 (1)	0,009**	9 jóvenes del total de 128 han realizado tentativas suicidas y la mayoría de ellos están incluidos en ideación suicida.

Nota. **Correlación significativa para ($p < 0,01$).

5. Discusión

En primer lugar, en cuanto a la ideación suicida y las variables sociodemográficas. Los resultados que se obtuvieron son que no existe relación entre el sexo (hombre o mujer) y la ideación suicida, de manera que no se corrobora en este aspecto la “Hipótesis específica 1.1”. En otras investigaciones (Cañón y Carmona, 2018), se expone que la ideación suicida se manifiesta con más frecuencia en el sexo femenino que en el sexo masculino y, por lo tanto,

existe relación con respecto al sexo. Sin embargo, estos hallazgos no coinciden con los resultados del presente estudio. En el presente estudio, la mayoría de la muestra estuvo compuesta por una gran proporción de mujeres jóvenes en comparación con el número de hombres jóvenes, pudiendo ser la explicación de por qué se contrapone con los resultados de otras investigaciones. Por otro lado, la investigación de Rosales y colaboradores (2013), muestra entre sus resultados que para la ideación suicida no existen diferencias de sexo entre estudiantes, por lo que una posible variable que pudo influir en el presente estudio y el que se acaba de exponer es el mismo nivel cultural, influyendo así en los resultados.

Por otro lado, los resultados indicaron que sí existe relación entre la orientación sexual y la ideación suicida. Los resultados sí coinciden en este aspecto con la “Hipótesis específica 1.1”. Se observó que, aunque haya una muestra con un mayor número de jóvenes universitarios con orientación heterosexual y un menor número de jóvenes con una orientación sexual diversa, este menor número de jóvenes presenta ideación suicida. Por tanto, la mayoría de los jóvenes con ideación suicida pertenecían a este colectivo. Numerosos estudios a nivel internacional (Salway y cols., 2016), han puesto de manifiesto el riesgo de ideación y conductas suicidas en jóvenes con diversidad de orientación sexual, mostrando una relación, la cual coincide con los resultados del presente estudio, sin embargo, existen pocos estudios publicados sobre la ideación y las conductas suicidas en estudiantes jóvenes españoles con diversidad de orientación sexual.

No se mostró relación entre la presencia de pareja actual, la convivencia con los padres y la ideación suicida. Los resultados no coinciden en este aspecto con la “Hipótesis específica 1.1”. Numerosos estudios ponen de manifiesto el apoyo de la pareja como factor de protección (Pérez, 1999), sin embargo, la presencia de pareja actual no puede determinar en sí que haya una saludable relación. Por lo tanto, los resultados no son concluyentes, siendo necesario un estudio más exhaustivo. Respecto a la convivencia con los padres, tampoco se presentan los mismos resultados en comparación con el estudio de Echeburúa (2015), que destaca el apoyo familiar como factor de protección ante el suicidio, poniendo de manifiesto una relación. Esta discrepancia puede ser debida a que en el cuestionario administrado no se profundizó sobre el tipo de relación que existe entre los miembros de la familia, dando cuenta de que el convivir con los familiares no implica de por sí una saludable relación con ellos.

Seguidamente, no se mostró relación entre la religión y la ideación suicida. Por tanto, no coinciden los resultados de esta relación con la “Hipótesis específica 1.1”. Sin embargo, una posible interpretación es que el hecho de que los jóvenes sean creyentes o no creyentes, es independiente de la ideación suicida que muestren a diferencia de los posteriores resultados que

se mostrarán más adelante con respecto al comportamiento suicida. En lo referente al abuso sexual previo, la mayoría de los jóvenes con ideación suicida habían tenido abusos sexuales previos frente a pocos jóvenes que no tenían ideación suicida y habían tenido abusos sexuales. Es cierto que, aunque el presente estudio no sea longitudinal, es importante tener en cuenta que la literatura (Calvo y cols., 2003) ha puesto de manifiesto el riesgo de ideación suicida que supone el haber presentado un abuso sexual previo.

En definitiva, la “Hipótesis específica 1.1” se ha cumplido parcialmente en cuanto a los resultados previstos respecto a las diferentes variables explicadas (sexo, orientación sexual, presencia de pareja actual, convivencia con los padres, religión y abuso sexual previo).

Seguidamente, respecto a la ideación suicida y las variables emocionales (depresión, desesperanza y empatía). Los resultados indicaron que los jóvenes con ideación suicida mostraban depresión o desesperanza frente a los que no presentaban ideación suicida. Por lo tanto, existe relación entre ambas variables y la ideación suicida. En la investigación de Sánchez-Teruel y colaboradores (2013), se hace especial hincapié en la importante asociación entre la depresión, desesperanza e ideación suicida siendo la muestra similar a la del presente estudio, al poner de manifiesto esas relaciones, concuerdan así sus resultados con los del presente estudio. Sin embargo, en cuanto a la empatía, la muestra presentó una alta empatía superior a la media y no se ha podido corroborar este aspecto en la hipótesis. Por tanto, la “Hipótesis específica 1.2” se ha cumplido parcialmente. Con respecto a la literatura, Celada (2014) expone la rigidez mental asociada a la empatía como un indicador de riesgo de ideación suicida, en el sentido de que no se admiten a nivel cognitivo los términos medios. No existen diversas investigaciones sobre la empatía y el presente Trabajo de Fin de Grado ha tratado de aportar nuevos conocimientos, siendo una propuesta para estudiar más a fondo en el futuro con distintas poblaciones.

Posteriormente, los jóvenes universitarios con ideación suicida presentaban determinados trastornos (paranoide, esquizoide, esquizotípico y límite) de personalidad. Los resultados sí coinciden con la “Hipótesis específica 1.3”. Además, se han extraído en el presente Trabajo de Fin de Grado resultados no esperados como, por ejemplo, que el trastorno paranoide, esquizoide y esquizotípico influyesen también además del trastorno límite sobre la ideación suicida. En la investigación de Rubio (2002), se pone de manifiesto que la ideación suicida puede estar presente en el grupo A: paranoide, esquizoide y esquizotípico y, especialmente, en el grupo B (concretamente el trastorno de personalidad límite). Respecto al grupo C, no es destacable ninguno (evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo). Este mismo autor deja

constancia de que la ideación suicida era más frecuente en las personas con trastorno de personalidad límite que en aquellas con un trastorno de personalidad del grupo A.

Además, se determinó que sí existe relación entre la emoción expresada y la ideación suicida. Los resultados sí coinciden con la “Hipótesis específica 1.4”. Más concretamente, no se mostró ideación suicida en jóvenes universitarios que presentasen familias con comportamientos hostiles y críticos hacia los jóvenes. Sin embargo, sí es cierto que dentro de los jóvenes con ideación suicida se mostraron aquellos que tenían familias con sobreimplicación emocional. Por otro lado, no se muestran estudios actuales referidos a la emoción expresada propiamente dicha como variable en relación con la ideación suicida, así estos resultados pueden aportar nuevas perspectivas. Sin embargo, en otras investigaciones sí se pone de manifiesto que la mala calidad de relación familiar predispone a un mayor riesgo de ideación suicida (Siabato y Salamanca, 2015).

Es relevante hacer especial hincapié en los indicios a vigilar puesto que existen manifestaciones verbales y no verbales por parte de las personas para saber si están pensando en el suicidio y, poder prevenirlo. Por tanto, hablar sobre aspectos relacionados con el suicidio, no incita a hacerlo. De hecho, puede ser la última oportunidad para realizar acciones preventivas. La persona con ideación suicida debe saber que no está sola y, además, una acción importante son las razones para vivir (Servicio Andaluz de Salud, 2010).

En segundo lugar, en cuanto al comportamiento suicida y las variables sociodemográficas. Específicamente, no se mostró relación entre el sexo y el comportamiento suicida. Los resultados no coinciden en este aspecto con la “Hipótesis específica 2.1”. Es cierto, que la mayoría de las investigaciones realizadas se han centrado en las tentativas suicidas sí concluidas, pero este Trabajo de Fin de Grado aporta nuevos conocimientos sobre cómo podría haber influido aquellas tentativas suicidas que estuvieron a punto de cometerse, pero finalmente no se realizaron por distintos motivos. Sería interesante desarrollar nuevos estudios acerca de las relaciones entre estas variables para extraer conocimientos más sólidos. Seguidamente, sí existe relación entre la orientación sexual y el comportamiento suicida. La mayoría de los jóvenes que no presentaban comportamiento suicida presentaban una orientación heterosexual, a diferencia del grupo de jóvenes con comportamiento suicida que se repartían en cifras parecidas entre jóvenes con orientación heterosexual y bisexual.

No se mostró relación entre la presencia de pareja actual, la convivencia con los padres y el comportamiento suicida (las tentativas suicidas y/o intentos fallidos). Los resultados no coinciden en este aspecto con la “Hipótesis específica 2.1”. En relación a la literatura (Echeburúa, 2015), se expone que ciertos factores sociales y familiares, pueden constituir una

protección de tal manera que las personas se muestren resistentes a las conductas suicidas. Sin embargo, como anteriormente se ha explicado, la presencia de determinados familiares y/o parejas no implica tener una relación saludable con ellos/as. Debido a esto, es necesario investigar dichas relaciones más detalladamente. Por otro lado, no significa que no desempeñen un papel fundamental en la detección de señales de alarma. Es crucial que la sociedad dé unas pautas e informe sobre esta problemática, de manera que también se desmienta el mito sobre que hablar de temas relativos al suicidio lleve a fomentarlo.

Entre los resultados, se ha encontrado que sí existe relación entre la religión y el comportamiento suicida. Por tanto, los resultados coinciden en este aspecto con la “Hipótesis específica 2.1”. En otros estudios (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2005), se expone que ser creyente se asocia con un comportamiento menos agresivo, además de promover lazos sociales. Entre sus hallazgos, se destaca la gran influencia que ejercen las objeciones morales sobre el suicidio.

La mayoría de los jóvenes universitarios con comportamiento suicida han mostrado abusos sexuales previos frente a los que no mostraban comportamiento suicida. Los resultados sí coinciden en este aspecto con la “Hipótesis específica 2.1”. Además, estos resultados coinciden con la literatura (Calvo y cols., 2003), de manera que es importante una intervención rápida y eficaz en determinadas circunstancias para así evitar caer en otras problemáticas como en este caso corresponden los intentos suicidas y/o intentos fallidos, e incluso posteriormente el suicidio. La importante intervención eficaz también radica en los distintos profesionales de la salud para así con unas pautas y una adecuada formación llegar a un abordaje preventivo que abarque todos los niveles (Servicio Andaluz de Salud, 2010).

En definitiva, la “Hipótesis específica 2.1” se ha cumplido parcialmente en cuanto a los resultados previstos respecto a las diferentes variables explicadas (sexo, orientación sexual, presencia de pareja actual, convivencia con los padres, religión y abuso sexual previo).

Posteriormente, respecto al comportamiento suicida y las variables emocionales (depresión, desesperanza y empatía). Se ha obtenido que la mayoría de los jóvenes con comportamiento suicida, presentaban depresión. De igual manera, en el presente estudio la mayoría de los jóvenes con comportamiento suicida, presentaban también desesperanza. Finalmente, estos resultados corroboran la “Hipótesis específica 2.2”. Sería interesante realizar estudios longitudinales en el futuro e incluso distintos análisis estadísticos, puesto que entre los hallazgos de otros estudios (Guibert y Alonso, 2001), se obtiene que la desesperanza fue uno de los principales factores de riesgo que tienen efecto sobre el acto suicida. También, una revisión bibliográfica de Peña y colaboradores (2002) sobre distintos lugares del mundo, pone

de manifiesto que cuando existe depresión se incrementa el riesgo de conductas suicidas en los jóvenes universitarios. En cuanto a la empatía, como se expuso anteriormente, la muestra presentó una alta empatía superior a la media y no se ha podido corroborar este aspecto de la hipótesis. En definitiva, la “Hipótesis específica 2.2” se cumple parcialmente según los resultados.

Además, se mostró que los jóvenes universitarios con determinados trastornos de personalidad (en este caso, de personalidad límite) habían realizado comportamientos suicidas. En resumen, los resultados corroboran la “Hipótesis específica 2.3”. Otros estudios ponen de manifiesto que, las personas con trastornos límites de la personalidad suelen presentar conductas suicidas, de manera que un 90% de estas personas presentan tentativas (Blasco-Fontecilla y cols., 2009; Esbec y Echeburúa, 2014).

Por otro lado, no se mostró relación entre la emoción expresada y el comportamiento suicida. No se mostró la presencia de comportamiento suicida en jóvenes universitarios que presentasen familias con comportamientos hostiles y críticos hacia los jóvenes, tampoco en los jóvenes con familias que mostrasen sobreimplicación emocional. Por tanto, los resultados no coinciden con la “Hipótesis específica 2.4”. No existen una variedad de estudios que investiguen la emoción expresada en relación al comportamiento suicida. Sin embargo, en cuanto a la dinámica familiar, en otros estudios (Guibert y Alonso, 2001), de manera contraria a los resultados expuestos, destaca la pobre relación familiar previa al intento suicida, así cuando estas relaciones son estrechas, se fortalece la superación personal, en caso contrario, predomina el malestar pudiendo generar la ideación e incluso el intento suicida.

De manera general, en cuanto a los resultados obtenidos la mayoría de los jóvenes que habían realizado tentativas suicidas estaban incluidos en el grupo de jóvenes con ideación suicida. Los resultados sí coinciden con la “Hipótesis específica 3.1” previa. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de seguir investigando las variables que median entre la progresión de la ideación suicida al intento de suicidio, puesto que como en esta investigación se muestra la ideación y las tentativas suicidas están relacionadas. De hecho, las investigaciones actuales (Sánchez-Teruel y cols., 2013) hacen especial hincapié en la impulsividad (efecto predisponente) y el apoyo social (efecto protector) como variables importantes que puede mediar entre la ideación y el intento de suicidio.

Respecto a las limitaciones y perspectivas futuras, la muestra recogida ha podido ser deficiente para los resultados esperados, y compuesta exclusivamente por estudiantes universitarios del Grado de Psicología de la Universidad de Jaén, de manera que los resultados de esta presente investigación no pueden ser generalizados a jóvenes universitarios de

psicología, ni a jóvenes de otras titulaciones de grado. Una propuesta futura sería tratar de valorar la ideación y el comportamiento suicida (tentativas a punto de ocurrir y tentativas sí ocurridas) en un mayor número de jóvenes y de diferentes titulaciones, e incluso realizando un estudio longitudinal. Además, la muestra en su mayor parte estaba compuesta por mujeres, lo que quizás pueda haber influido en que no haya diferencias por sexo significativas en cuanto a la ideación suicida, es recomendable con perspectivas de futuro tratar similares tamaños de grupos de muestras. También, se han recogido errores de medida en cuanto a las variables de convivencia con los padres y la presencia actual de pareja, siendo necesario una medición más exhaustiva para futuras investigaciones.

Por otro lado, es cierto que el presente trabajo ha aportado nuevos conocimientos puesto que no existe diversidad de estudios referidos a la empatía y a la emoción expresada en relación a esta problemática, y tampoco incluyéndose las tentativas a punto de ocurrir, que dejan posibles frentes abiertos para seguir investigando. Se hace especial hincapié en que las variables estudiadas en el presente Trabajo de Fin de Grado no son las únicas variables que pueden influir sobre el riesgo suicida.

Finalmente, la evidencia de diferentes estudios deja de manifiesto posibles distintos indicios de factores de riesgo relacionados con la ideación y el comportamiento suicida en estos jóvenes. Sería interesante una mayor implementación de acciones preventivas dedicadas a este fin, además de a través de la educación desmentir los típicos mitos asociados al suicidio, para así contribuir a la prevención en esta problemática, evitando desenlaces peores.

6. Conclusiones

Las conclusiones extraídas del presente Trabajo de Fin de Grado son:

Las variables sociodemográficas “orientación sexual” y “abuso sexual” presentan relación con la ideación y el comportamiento suicida. Sin embargo, “el sexo”, “la presencia de pareja actual” y “la convivencia con los padres” no presentan relación con la ideación y el comportamiento suicida. Con respecto a “la religión”, no muestra relación con la ideación suicida, en cambio con el comportamiento suicida sí muestra una relación, siendo un hallazgo muy destacado. Por tanto, “las Hipótesis 1.1 y 2.1” se cumplen parcialmente.

Las variables emocionales “depresión” y “desesperanza” muestran relación con la ideación y el comportamiento suicida. Sin embargo, la relación entre “la empatía” y la ideación suicida no se puede corroborar, al igual que ocurre con el comportamiento suicida. En resumen, las “Hipótesis 1.2 y 2.2” también se cumplen parcialmente.

Los trastornos de personalidad “paranoide”, “esquizoide”, “esquizotípico” y “límite” muestran una relación con la ideación suicida. De manera contraria, el resto de trastornos de personalidad no muestran relación. En conclusión, la “Hipótesis 1.3” sí se cumple debido a que era referida específicamente al trastorno límite, y se encuentran resultados inesperados con respecto a los trastornos “paranoide”, “esquizoide” y “esquizotípico”. Por otro lado, se muestra una única relación entre el trastorno de “personalidad límite” y el comportamiento suicida. Finalmente, se cumple también la “Hipótesis 2.3”.

“La emoción expresada” sí presenta relación con la ideación suicida, en cambio no ocurre lo mismo con el comportamiento suicida. Por tanto, se cumple la “Hipótesis 1.4”, pero no se cumple la “Hipótesis 2.4”.

Por último, “la ideación suicida” presenta relación con “las tentativas suicidas”. Por tanto, se cumple la “Hipótesis 3.1”.

7. Referencias bibliográficas

- Aguilar, E. J., Hidalgo, M. D., Cano, R., López, J. C., Campillo, M., y Hernández, M. (1995). Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos: características psicométricas de la Escala de Desesperanza de Beck. *Anales de Psiquiatría*, 11(4), 121-125.
- Alonso, R. (2017). *Evaluación de la Emoción Expresada*. Trabajo de Fin de Grado. Universidad de Jaén, España.
- American Psychiatric Association (2018). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (5a. ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Aranguren, M. (2009). *Modelos teóricos de comprensión del suicidio*.
<https://www.aacademia.org/000-020/155.pdf>
- Arnau, J. Anguera, M. T. y Gómez, J. (1990). *Metodología de la investigación en ciencias del comportamiento*. Universidad de Murcia. Secretariado de publicaciones.
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. The Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. J. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scales. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6), 861-865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
- Blasco-Fontecilla, H., Baca-García, E., Dervic, K., Pérez-Rodríguez, M. M., Saiz-González, M. D., Saiz-Ruiz, J., Oquendo, M. A. y De León, J. (2009). Severity of personality disorders and suicide attempt. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(2), 149-155.
<https://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01284.x>
- Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J. C. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Siglo XXI.
- Calvo, J. M., Sánchez, R. y Tejada, P. (2003). Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista de salud pública*, 5(2), 123-143.
- Cañón, S. C. y Carmona, J. A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 20, 387-395.

- Celada, F. J. (2014). *Intervención y atención al intento de suicidio*.
https://www.researchgate.net/publication/301824436_INTERVENCIÓN_Y_ATENCIÓN_AL_INTENTO_DE_SUICIDIO_Guia_Asistencial_Urgencias_y_emergencias_Segunda_Edicion_2014_ISBN_978-84-697-1096-8
- Colucci, E. y Martin, G. (2008). Religion and spirituality along the suicidal path. *Suicide and life-threatening behaviour*, 38(2), 229-244. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.2.229>
- Conde, V. y Useros, E. (1975). Adaptación castellana de la Escala de Evaluación Conductual para la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatria y Psicología Medica de Europa y America Latinas*, 12, 217-236.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10(4), 85.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: Recursos y limitaciones. *Terapia psicológica*, 32(3), 255-264.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000300008>
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (10 de noviembre de 2021). *Suicidios España 2020*. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/#:~:text=Seg%C3%BAn%20el%20informe%20que%elabora,cuna%20%20media%20de%20casi%2011>
- Gómez, A. (2021). La conducta suicida como proceso. *Mutatis Mutandis: Revista Internacional de Filosofía*, 16, 119-128. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5205199>
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. (2012). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avalat_resum_modif_2020_2.pdf
- Guibert, W. y Alonso, A. P. (2001). Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(2), 155-163.
- Gutiérrez-García, A. G., Contreras, C. M. y Orozco-Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(5), 66-74.

- Instituto Nacional de Estadística. (10 de noviembre de 2021). *Defunciones por suicidios*.
<https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=8277&capsel=8278>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (2005). La relación entre el suicidio y la afiliación religiosa. *Información clínica*, 16(12), 67-72.
- Kendall, P. C., Hollon, S. D., Beck, A. T., Hammen, C. L. y Ingram, R. E. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 289-299. <https://doi.org/10.1007/BF01186280>
- López-Ibor, J. J., Pérez, A. y Rubio, V. (1996). *Examen internacional de los trastornos de personalidad*. Méditor.
- Loranger, A. W. (1995). International Personality Disorder Examination (IPDE).
- Mann, J. J. (1998). Neurobiology of suicide. *Nature Medicine*, 4, 25-30.
- Marino-Nieto, C., Jiménez-Chafey, M. L. y Pérez, C. (2018). Perfil de estudiantes universitarios/as que han tenido intentos suicidas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 29(2), 364-375.
- Mestre, V., Frías, M. D. y Samper, P. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16(2), 255-260.
- Mestre, V., Pérez Delgado, E., Frías, D. y Samper, P. (1999). Instrumentos de evaluación de la empatía. En E. Pérez Delgado y V. Mestre, *Psicología moral y crecimiento personal* (pp. 181-190). Ariel.
- Mondragón, L., Saltijeral, M. T., Bimbela, A. y Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*, 21(5), 20-27.
- Muela, J. A. y Godoy, J. F. (2001). Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. *Psicothema*, 13(1), 1-6.
- Muela, J. A., Espinosa-Fernández, L., García-López, L. J. y Díaz-Castela, M. M. (2012). Validación de la Entrevista Estructurada de la Emoción Expresada (E5) en población adolescente con trastorno de ansiedad social. Libro de resúmenes del IX Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), Valencia, España.
- Observatorio del Suicidio en España. (10 de noviembre de 2021). *Suicidios España 2020*.
<https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/#:~:text=Seg%C3%BAn%20el%20informe%20que%20elabora,cuna%20media%20de%20casi%2011>

- Oquendo, M. A. (2010). *Predictores clínicos de conducta suicida. Abordaje prospectivo*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2021). *Suicidio*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Peña, L. Y., Casas, L., Padilla, M., Gómez, T. y Gallardo, M. (2002). Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 31(3), 182-187.
- Pérez, S. A. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), 196-217.
- Pérez-Albéniz, A., de Paúl, J., Etxeberría, J., Montes, M. P. y Torres, E. (2003). Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*, 15(2), 267-272.
- Pérez-Olmos, I., Ibáñez-Pinilla, M., Reyes-Figueroa, J. C., Atuesta-Fajardo, J. Y. y Suárez-Díaz, M. J. (2008). Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria. Bogotá, 2004-2006. *Revista de Salud Pública*, 10(3), 374-385.
- Ream, G. y Peters, A. (2021). Working with suicidal and homeless LGBTQ+ youth in the context of family rejection. *Journal of Health Service Psychology*, 47, 41-50.
<https://doi.org/10.1007/s42842-021-00029-2>
- Rojas, I. G. y Saavedra, J. E. (2014). Cohesión familiar e ideación suicida en adolescentes de la costa peruana en el año 2006. *Revista de Neuropsiquiatría*, 77(4), 250-261.
- Rosales, J. C., Córdova, M. y Escobar, M. (2013). Ideación suicida en estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Tlaxcala y variables asociadas. *Alternativas en Psicología*, 17(28), 20-32.
- Rubio, V. (2002). Perfil clínico del trastorno límite de la personalidad y de los trastornos del grupo A. *Prous Science*.
- Salway, T., Bogaert, L., Rhodes, A., Brennan, D. y Gesink, D. (2016). Lifetime prevalence of suicide attempts among sexual minority adults by study sampling strategies: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 106(5), 1-12. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303088>
- Sánchez-Teruel, D., García-León, A. y Muela-Martínez, J. A. (2013). Relación entre alta ideación suicida y variables psicosociales en estudiantes universitarios. *Revista electrónica de investigación psicoeducativa*, 11(30), 429-450.
<https://doi.org/10.14204/ejrep.30.13013>

- Schotte, C. K., Maes, M., Cluydts, R., De Doncker, D. y Cosyns, P. (1997). Construct validity of the Beck Depression Inventory in a depressive population. *J Affect Disord*, 46, 115-125.
- Servicio Andaluz de Salud. (2010). *Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares*.
<https://consaludmental.org/publicaciones/Guiaprevencionsuicidio.pdf>
- Siabato, E. y Salamanca, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psicología. Avances de la disciplina*, 9(1), 71-81.
- Universidad Complutense de Madrid. (s.f.). Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica: Ficha técnica de la Escala de Desesperanza de Beck.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck. Trabajo presentado en el III Congreso de Evaluación Psicológica, Barcelona, España.

8. Anexos

Anexo 1. Cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN INICIAL

Rellene las siguientes preguntas. Recuerde que la información que incluya en este documento es absolutamente confidencial y anónima. Siéntese en libertad para contestar.

Fecha actual: _____

DATOS DEMOGRÁFICOS

Edad: _____

Sexo:

☐

Hombre

☐

Mujer

Orientación sexual:

☐

Heterosexual

☐

Homosexual

☐

Bisexual

Otros: _____

¿Actualmente, tiene usted pareja?:

☐

Sí

☐

No

Señale la opción que más corresponda con usted:

☐

Soy creyente

☐

Soy creyente pero no practicante

☐

Mis creencias religiosas son importantes en mi vida

☐

No soy creyente

¿Con quién convive usted?:

☐

Con mis padres

☐

Actualmente, en un piso de estudiantes o residencia, pero normalmente con mis padres

☐

Independientemente

☐

Con pareja

Otros: _____

DATOS CLÍNICOS

¿Ha sufrido anteriormente algún tipo de abuso sexual?

☐

Sí

☐

No

En alguna ocasión, ¿ha contemplado su muerte como solución de un problema?

¿Alguna vez ha estado a punto de cometer una tentativa suicida, pero finalmente no ocurrió?

En algún momento, ¿ha llevado a cabo una tentativa suicida?

Anexo 2. Hoja informativa.

HOJA INFORMATIVA

En esta hoja informativa se le va a proporcionar información acerca de un estudio de investigación denominado **“EVALUACIÓN DE VARIABLES PSICOSOCIALES Y EMOCIONALES PARA LA PROMOCIÓN DEL BIENESTAR EMOCIONAL EN JÓVENES”**, llevado a cabo por la informante Paula Quesada Moreno, en colaboración con el tutor D. José Antonio Muela Martínez, del departamento y área de conocimiento “Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico”, de la Universidad de Jaén.

A continuación, le remitimos la información suficiente para que decida si le gustaría participar en el estudio.

Para ello es necesario que lea esta hoja informativa.

La finalidad es conocer aquellas variables psicosociales y emocionales a través de una batería de pruebas, destinando esta información a la investigación, y a los posibles medios para la promoción del bienestar emocional en jóvenes, su colaboración nos será de gran ayuda, además esta investigación no conlleva ningún riesgo. Los lugares donde se realizará la investigación son las aulas de la Universidad de Jaén.

La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio, y tras el cual, los datos serán destruidos.

Debe conocer además que, aunque sus datos se recogerán al completo, en el estudio no figurarán sus datos personales, y son anónimos de manera que nadie externo al proyecto pueda relacionarla con el mismo.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), que entró en vigor el 25 de mayo de 2018 que supone la derogación de Ley Orgánica

15/1999, de 13 de diciembre referidos a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales.

De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual se deberá dirigir a la responsable del estudio, para dejar constancia de su decisión.

Ante cualquier duda, le adjuntamos nuestros datos de contacto:

INVESTIGADOR: PAULA QUESADA MORENO

CONTACTO: +34 607235816

TUTOR: JOSÉ ANTONIO MUELA MARTÍNEZ

CONTACTO: +34 606 46 78 08

Anexo 3. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

Implicaciones para el participante:

- La participación es totalmente voluntaria.
- El participante puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en ningún aspecto.
- Todos los datos carácter personal obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica 3/2018 del 6 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, así como al Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016 (RGPD) relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

Naturaleza de la actuación (describir brevemente la participación requerida):

Evaluación de variables psicosociales y emocionales para la promoción del bienestar emocional en jóvenes.

Riesgos de la investigación para el participante:

Ningún riesgo.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con Paula Quesada Moreno en el teléfono: +34 607235816 o en el correo electrónico: pqm00003@red.ujaen.es

CONSENTIMIENTO INFORMADO
EVALUACIÓN DE VARIABLES PSICOSOCIALES Y EMOCIONALES
PARA LA PROMOCIÓN DEL BIENESTAR EMOCIONAL EN JÓVENES

Yo (Nombre y Apellidos):.....

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio “*EVALUACIÓN DE VARIABLES PSICOSOCIALES Y EMOCIONALES PARA LA PROMOCIÓN DEL BIENESTAR EMOCIONAL EN JÓVENES*”.
- He recibido suficiente información sobre el estudio “*EVALUACIÓN DE VARIABLES PSICOSOCIALES Y EMOCIONALES PARA LA PROMOCIÓN DEL BIENESTAR EMOCIONAL EN JÓVENES*”. He hablado con el informador: Paula Quesada Moreno.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.
- Deseo ser informado/a de mis datos de carácter personal que se obtengan en el curso de la investigación, incluidos los descubrimientos inesperados que se puedan producir, siempre que esta información sea necesaria para evitar un grave perjuicio para mi salud o la de mis familiares biológicos.

Si No

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en nada

Presto libremente mi conformidad para participar en el *proyecto titulado “EVALUACIÓN DE VARIABLES PSICOSOCIALES Y EMOCIONALES PARA LA PROMOCIÓN DEL BIENESTAR EMOCIONAL EN JÓVENES”*.

Firma del participante

Firma del informador

Nombre y apellidos:.....

Nombre y apellidos: Paula Quesada Moreno

Fecha:

Fecha: