

Convocatoria conjunta con:



Ascofapsi
Asociación Colombiana de Facultades de Psicología

ĭberAM

Investigación | Research

218

2027-1786.rip.11102

ID:

Depresión e ideación suicida

Variables asociadas al riesgo y protección en universitarios mexicanos

Depression and suicidal ideation: variables associated with the risk and protection in Mexican students of higher education



Pedro **Solís-Cámara R.**
Rosa Martha **Meda Lara**
Bernardo **Moreno Jimenez**
Andrés **Palomera Chavez**

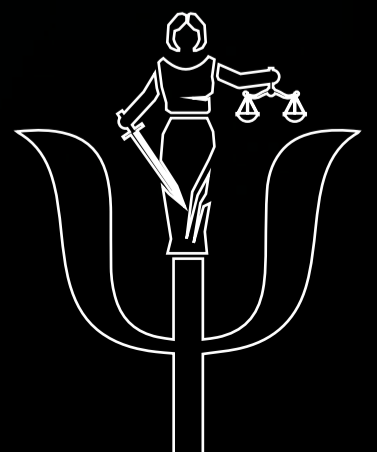
Foto: Leandro De Carvalho

Rip
111

Volumen 11 #1 ene-abr
10Años

Revista Iberoamericana de
Psicología

ISSN-L: 2027-1786 | e-ISSN: 2500-6517
Publicación Cuatrimestral



ID: 2027-1786.rip.11102

Title: Depression and suicidal ideation

Subtitle: Variables associated with the risk and protection in mexican students of higher education

Título: Depresión e ideación suicida

Subtítulo: Variables asociadas al riesgo y protección en universitarios mexicanos

Alt Title / Título alternativo:

[en]: Risk and Protective Variables Related to Depression and Suicidal Ideation in Mexican College Students

[es]: Variables asociadas al riesgo y protección de la depresión y la ideación suicida en universitarios mexicanos

Author (s) / Autor (es):

Solís-Cámara R., Meda Lara, Moreno Jimenez, & Palomera Chavez

Keywords / Palabras Clave:

[en]: depression; suicidal ideation; psychosomatic symptoms; psychological well-being; quality of life

[es]: depresión; ideación suicida; sintomatología psicósomática; bienestar psicológico; calidad de vida

Submitted: 2017-11-09

Accepted: 2018-01-18

Resumen

Los objetivos del presente estudio fueron identificar variables protectoras y de riesgo para la depresión y conocer cuáles de éstas discriminan entre universitarios con ideación suicida (IS) y aquellos quienes no la tienen, además de discriminar niveles de ideación. La muestra estuvo conformada por 1825 universitarios (570 varones y 1255 mujeres) del área de salud de una universidad mexicana. Los instrumentos (cuestionarios de depresión, IS, estrés académico, satisfacción con la vida, calidad de vida y bienestar psicológico) fueron enviados al correo electrónico de cada estudiante. Variables socio-demográficas, de vida académica, las sintomatologías somática y psicósomática, la actividad física, la alimentación y el consumo de sustancias también fueron valoradas. Los resultados indicaron que las principales variables asociadas a la depresión fueron la sintomatología psicósomática (p.ej., nerviosismo, problemas de concentración, etc.), el bienestar psicológico y la calidad de vida; las relaciones entre sintomatología somática, nutrición, y consumo de drogas y depresión fueron débiles. En las comparaciones hallamos consistentes decrementos en los puntajes de las variables protectoras e incrementos de las de riesgo, cuya tendencia iba desde el grupo sin IS hasta el grupo con IS alta. La sintomatología depresiva es confirmada como principal variable de riesgo para la IS y se discuten las características protectoras de constructos psicológicos tales como el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo. Se sugiere la inclusión de estas variables protectoras en programas preventivos y de promoción de la salud en general y de la salud mental en particular.

Abstract

The purposes of the present study were to identify depression-related protective and risk variables, to know which of these discriminate between university students who have suicidal ideation (SI) and those who don't, as well as between levels of SI. The sample was made up of 1825 students (570 men, 1255 women) who were coursing health-related careers in a Mexican university. Students were assessed via e-mail (the questionnaires for depression, SI, academic stress, satisfaction with life, quality of life, and psychological well-being were sent to their e-mail); the surveys also included measures of socio-demographic variables, academic life, somatic and psychosomatic variables, physical activities, feeding habits, and substance use. The obtained results indicated that the main variables related with depression were psychosomatic symptoms (e.g., irritable mood, poor concentration, etc.), psychological well-being and quality of life; however, the relationships between depression and somatic symptoms, physical activities, feeding habits, and substance use were weak. We found consistent decreases in the scores of the protective variables and increases in the scores of the risk variables, which revealed a consistent trend from the group without SI to the group with high SI. These results confirm depressive symptoms as the main risk variables for SI; the protective characteristics of psychological constructs such as psychological well-being and subjective well-being were discussed. This study suggests the need for inclusion of these protective variables of SI in preventive programs as well as in those that promote physical and mental health.

Dr Pedro **Solís-Cámara R.**
ORCID: [0000-0002-0772-6205](https://orcid.org/0000-0002-0772-6205)

Source | Filiacion:
Universidad de Guadalajara

BIO:
Doctor en psicología de la salud

City | Ciudad:
Guadalajara [es]

e-mail:
psolis@mexis.com

Dra Rosa Martha **Meda Lara**
ORCID: [0000-0001-8967-7138](https://orcid.org/0000-0001-8967-7138)

Source | Filiacion:
Universidad de Guadalajara

BIO:
Doctora en Ciencias de la Salud

City | Ciudad:
Guadalajara [es]

e-mail:
rosa.meda@academicos.udg.mx

Dr Bernardo **Moreno Jimenez**
ORCID: [0000-0001-5360-0518](https://orcid.org/0000-0001-5360-0518)

Source | Filiacion:
Universidad Autonoma de Madrid

BIO:
Doctor en psicología

City | Ciudad:
Madrid [es]

e-mail:
bernardo.moreno@uam.es

Andrés **Palomera Chavez, MA**
ORCID: [0000-0003-0124-523X](https://orcid.org/0000-0003-0124-523X)

Source | Filiacion:
Universidad de Guadalajara

BIO:
Maestria en Psicologia educativa

City | Ciudad:
Guadalajara [es]

e-mail:
andrespalomera@hotmail.com

Citar como:

Solís-Cámara R., P., Meda Lara, R. M., Moreno Jimenez, B., & Palomera Chavez, A. (2018). Depresión e ideación suicida: Variables asociadas al riesgo y protección en universitarios mexicanos. *Revista Iberoamericana de Psicología issn-l:2027-1786*, 11 (1), 11-22. Obtenido de: <https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/1293>

Depresión e ideación suicida

Variables asociadas al riesgo y protección en universitarios mexicanos

Depression and suicidal ideation: Variables associated with the risk and protection in Mexican students of higher education

Pedro Solís-Cámara R.

Rosa Martha Meda Lara

Bernardo Moreno Jimenez

Andrés Palomera Chavez

Introducción

Según la OMS -Organización Mundial de la Salud- (2016), los desórdenes mentales más frecuentes en el mundo son la depresión y la ansiedad: se estima que una de cada diez personas (1/10) es afectada por estos trastornos, lo que equivale alrededor de 676 millones de individuos en el mundo. La depresión es un trastorno de salud mental que sufren más de 300 millones de personas, de todas las edades, en el mundo y lo sufren más mujeres que hombres. Dependiendo de la cantidad de síntomas (emociones negativas, pérdida de autoestima, culpa o desesperanza, fatiga, agitación, y problemas de apetito, sueño y concentración), la depresión puede ser categorizada como benigna, moderada o severa, -cuando es severa puede conducir al suicidio (WHO/OMS, 2017a)-. Aunque no existe una teoría dominante para explicar la depresión, ésta es reconocida como un trastorno resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, y que se desarrolla en personas quienes se han visto enfrentadas a eventos adversos, por lo que se refleja en la incapacidad de afrontamiento para resolver problemas de la vida (González, Fernández, Pérez, & Amigo, 2006).

La depresión es el principal trastorno mental de riesgo para el suicidio, y un intento previo de suicidio es el principal factor general de riesgo del mismo. Las estadísticas recientes de OMS, indican que **800,000** personas mueren por suicidio cada año (lo que equivale a una **(1)** muerte cada **40** segundos) y muchas más intentan quitarse la vida sin éxito, consecuentemente, el suicidio es considerado un problema de salud pública a nivel mundial (WHO/OMS, 2016; 2017b). Según varios autores (Maris, 1991; Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu, & Martínez, 2010; Vianchá, Bahamón, & Alarcón, 2013), el suicidio puede ser considerado la consecuencia final de un proceso que inicia con la **Ideación Suicida (IS)** que refiere a aquellos comportamientos encubiertos dirigidos a terminar con la propia vida -es decir, pensamientos sobre la muerte o autodestructivos-.

Los estudios sobre **IS** son importantes, entre otras razones, para identificar factores protectores y de riesgo vigentes durante el proceso que culmina en el suicidio, lo que provee conocimientos a ser incluidos

en las estrategias de intervención y prevención, -ésta última se brinda mediante múltiples estrategias como la facilitación de servicios de intervención en crisis y tratamiento de intentos suicidas-; reducción del estigma social asociado al suicidio; información formal a través de los medios; etc. (Arensman, 2017), y constituye el ideal a perseguir si se busca la reducción del suicidio. La investigación sobre **IS** es muy amplia a nivel mundial y abarca varias décadas (entre lo que se destaca el trabajo de Maris en los años 90, por lo que está fuera del alcance de este estudio revisarla), por esto la investigación se concentra en estudios con adolescentes o universitarios en países de habla hispana, cuya mayoría identifican factores de riesgo para la **IS** y establecen la prevalencia de la misma (es preciso mencionar que, a través de los estudios, la prevalencia de **IS** no es consistente, pues algunos reportan prevalencias desde **3%** hasta **47%**, lo que probablemente refleja diferencias muestrales y metodológicas (Amezquita, González, & Zuluaga, 2008; Ceballos-Ospino, y otros, 2015; Eguiluz & Ayala, 2014; Pérez-Amezquita, y otros, 2010; Sánchez, Muela, & García, 2014; Siabato-Macías, Forero-Mendoza, & Salamanca, 2017).

Con relación a la **IS**, son muchas las variables estudiadas, pero los resultados a través de estudios tampoco han sido muy consistentes: por ejemplo, (Amezquita, González, & Zuluaga, 2008) encontraron diferencias de **IS** y depresión por grado escolar, edad, colegio y comunidad. Por su parte, (Ceballos-Ospino, y otros, 2015) no encontraron relaciones entre la **IS** y la edad, pero sí con la depresión y la baja autoestima. (Coffin, Álvarez, & Marín, 2011) no encontraron relaciones con el promedio escolar y el tipo de estudios. En el estudio llevado a cabo por (Sánchez, Cáceres, & Gómez, 2002), la desadaptación social y la académica, y la desesperanza no se presentaron en la **IS** con la fuerza esperada. Sin embargo, (Sánchez, Muela, & García, 2014) encontraron que la desesperanza y la depresión eran diferentes entre grupos de universitarios con o sin **IS**, pero no encontraron diferencias por género y facultad, tampoco en control de impulsos. (Siabato-Macías & Salamanca, 2015) encontraron que la impulsividad era diferente por niveles de **IS**. Otros autores reportan ausencia de relaciones entre patrones de comunicación disfuncionales y la **IS** (Eguiluz & Ayala, 2014) o entre una gran cantidad de eventos vitales estresantes y la **IS** (Siabato-Macías & Salamanca, 2015). En cuanto a la existencia de diferencias por género en **IS**, es conveniente

citar que algunos estudios sí las encuentran (Amezquita, González, & Zuluaga, 2008; De La O-Vizcarra, Pimentel-Nieto, Soto-Maldonado, De La O-Vizcarra, & Quintana-Vargas, 2009; Lazarevich & Mora-Carrasco, 2008; Sánchez, Cáceres, & Gómez, 2002), mientras que otros no (Ceballos-Ospino, y otros, 2015; Coffin, Álvarez, & Marín, 2011; Córdova, Rosales, Caballero, & Rosales, 2007; Sánchez, Muela, & García, 2014; Siabato-Macías & Salamanca, 2015).

En los estudios, resultados consistentes indican que la sintomatología depresiva está fuertemente asociada con la **IS**, y que la depresión es la mejor variable predictora de **IS**, entre muchas otras variables (Amezquita, González, & Zuluaga, 2008; Córdova M., Rosales, Guzmán, & Zúñiga, 2013; Eguiluz & Ayala, 2014; Pérez-Amezcuca, y otros, 2010; Sánchez, Cáceres, & Gómez, 2002; Sánchez, Muela, & García, 2014; Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu, & Martínez, 2010; Siabato-Macías, Forero-Mendoza, & Salamanca, 2017). La consistencia de las relaciones entre depresión e **IS** se refuerza porque ocurre a pesar de la variedad de características muestrales, los diferentes instrumentos seleccionados para la identificación de la depresión y la **IS**, y los enfoques metodológicos elegidos.

Otros estudios están más orientados a encontrar factores de riesgo, hecho que puede constatarse acudiendo a una revisión del tema (Vianchá, Bahamón, & Alarcón, 2013). Los autores del presente estudio pensamos se debería prestar más atención a los modelos explicativos de **IS** y a las variables protectoras, como una alternativa para avanzar en la identificación de variables relacionadas con la **IS**. Desafortunadamente, los modelos que encontramos no son considerados en los estudios revisados, a pesar de haber sido propuestos hace varios años (Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu, & Martínez, 2010); para una revisión véase (Villalobos-Galvis, 2010), lo anterior quizá se deba a la naturaleza aplicada de los estudios. Recientemente, el proyecto universal de modelos predictivos, que se encuentra en su fase inicial, propone los siguientes factores para el estudio de la **IS** y el suicidio (Blasco, y otros, 2016):

- salud mental
- salud física
- variables socio-demográficas
- bienestar
- abuso de sustancias
- uso de servicios y tratamiento.

En el presente trabajo incluimos estos factores macro, a excepción del último (uso de servicios y tratamiento).

Adicionalmente, hemos ampliado la cobertura de variables protectoras relacionadas con el bienestar pues, en consonancia con las sugerencias de (Villalobos - Galvis, 2009), es de interés considerar las variables que dan valor a razones para vivir como la *satisfacción con la vida* y la *felicidad*. Conviene recordar que los programas preventivos de depresión que incluyen el fomento de patrones de pensamiento positivo han sido exitosos (WHO/OMS, 2017a) (el pensamiento positivo refiere a la adquisición y práctica de emociones positivas; su utilidad ha sido demostrada incluso con enfermedades como las cardíacas (Sanjuán, y otros, 2016)). Además, estos patrones están asociados con constructos como *calidad de vida*, *bienestar psicológico* y *satisfacción con la vida*, todos ellos protectores de la salud mental, que han mostrado relaciones negativas con **IS**, las cuales han sido poco estudiadas (Quiceno, Mateus, Cárdenas, Villareal, & Vinaccia, 2013).

En este estudio, los autores argumentamos que, si la sintomatología depresiva es la variable que mejor predice la **IS**, entonces es posible que las variables asociadas con la sintomatología depresiva permitan discriminar entre personas con o sin **IS**, así como discriminar entre diferentes niveles de **IS**. La estrategia es semejante a aquella utilizada por varios autores (Siabato-Macías & Salamanca, 2015; Toro-Tobar, Grajales-Giraldo, & Sarmiento-López, 2016); en tanto formaron grupos para realizar comparaciones respecto las variables de interés. En este trabajo fueron

incluidos cuestionarios sobre variables socio-demográficas, vida académica, salud mental, salud física, actividad física, alimentación y consumo de sustancias. Además, el estrés académico (Barraza, 2007), la satisfacción con la vida (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), la calidad de vida (Mezzich, Ruipérez, Pérez, Liu, & Mahmud, 2000) y el bienestar psicológico (Ryff & Singer, 1996) fueron valorados. Un instrumento fue elegido como medida de la depresión y la **IS**, a saber, el **CES-D/IS**, ampliamente utilizado en esta área de estudio y que evalúa el estado de ánimo deprimido, sentimientos de culpa, incapacidad y desesperanza, así como lentitud psicomotriz, pérdida del apetito y del sueño. Múltiples estudios apoyan su utilidad para valorar **IS** en estudiantes del nivel medio y superior (González-Forteza, Jiménez, Ramos, & Wagner, 2008; Mondragón, Borges, & Gutiérrez, 2001; Terrones-González, y otros, 2012), por lo que esta herramienta será de gran ayuda para alcanzar los objetivos propuestos para el presente estudio: identificar variables protectoras y de riesgo asociadas a la depresión y conocer cuáles de esas variables discriminan entre universitarios con **IS** y sin **IS**, así como entre niveles de **IS**.

Método

Estudio no experimental, descriptivo y correlacional, con diseño transversal ex-post-facto.

Participantes

La muestra fue incidental, conformada por **1825** estudiantes quienes cursaban primer semestre tanto de estudios de licenciatura como de técnico superior universitario del área de salud, en la Universidad de Guadalajara. **570** de los estudiantes (**31.2%**) eran hombres y **1255** (**68.8%**) eran mujeres, todos con edades entre los 15 y 57 años (edad promedio: **19.8** años (**DE = 4.51**)). El **65%** de ellos eran solteros sin pareja, **30.6%** eran solteros con pareja, **3.6%** eran casados y **0.5%** separados o divorciados. La mayoría (**94.3%**) no tenían hijos y el resto sí (**5.7%**). Por disciplinas se concentraron de la siguiente manera medicina (**25.9%**), enfermería (**25.2%**), odontología (**15.1%**), psicología (**11.3%**), nutrición (**9.0%**), cultura física y deporte (**7.4%**), y técnico superior universitario (**6.1%**).

Instrumentos

Ficha de datos sociodemográficos. Se indagó por la edad, el sexo, estado civil, y número de hijos.

Vida Académica

Incluía dos preguntas: “¿qué estudias actualmente?” y “durante las dos últimas semanas ¿qué nivel de estrés has experimentado en tus estudios?”, cuyas opciones de respuesta fueron: casi ningún estrés; relativamente poco estrés; moderado; y mucho.

CES-D/IS, Escala de Depresión Centro de Estudios Epidemiológicos Depresión/Ideación Suicida

De la escala original (Radloff, 1977), se adopta la versión en español del **CES-D** con los 20 ítems que valoran depresión (Aguilera-Guzmán, Carreño, & Juárez, 2004); Villalobos-Galvis (2010) utilizó la denominación **CES-D/IS** para la versión que incluye los ítems propuestos por Roberts (1980) para

valorar ideación suicida:

- tenía pensamientos sobre la muerte
- sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)
- pensé en matarme.

Para contestar el instrumento se pide a la persona que indique durante cuántos días en la semana pasada ha tenido o sentido lo expresado en el enunciado, las opciones de respuesta se presentan en una *Escala Likert* que incluye: 0 = 0 días, 1 = 1-2 días, 2 = 3-4 días y 3 = 5-7 días.

Los ítems de IS forman un sólo factor (González - Forteza, 1995), y confiabilidades $\alpha \geq 0.77$ han sido reportadas (González-Forteza, Ramos, Caballero, & Wagner, 2003); en el presente estudio, para los tres ítems de IS encontramos alfa de 0.83.

Índice de Calidad de Vida, QLI-Sp

Mezzich, Ruipérez, Pérez, Liu y Mahmud (2000) ha sido validado en múltiples países de habla hispana (González, Zapata, & Mezzich, 2005), pero no en México. Este índice incluye 10 ítems que representan 10 aspectos relevantes para la evaluación de los constructos:

- bienestar físico (**eg:** sentirse enérgico)
- bienestar psicológico y emocional (**eg:** sentirse bien consigo mismo)
- funcionamiento independiente (**eg:** realizar las tareas cotidianas)
- funcionamiento ocupacional (**eg:** llevar a cabo su trabajo)
- funcionamiento interpersonal (**eg:** relacionarse bien con la familia, amigos, grupos)
- apoyo socioemocional (**eg:** contar con personas en quienes confiar)
- apoyo sociocomunitario y de servicios (**eg:** vecindario seguro, con recursos, acceso a recursos)
- plenitud personal (**eg:** sentimiento de equilibrio personal)
- plenitud espiritual (**eg:** sentimiento de fe)
- percepción global de la calidad de vida (**eg:** sentimiento de satisfacción y felicidad en su vida).

Los participantes han de contestar utilizando una escala con formato de respuesta tipo Likert de 1 (malo) a 10 (excelente). Las confiabilidades Alfa de Cronbach en países de habla hispana son $\alpha > .97$ (Jatuff, Zapata-Veja, Montenegro, & Mezzich, 2007); en el presente trabajo fue $\alpha = .94$.

Escalas de Bienestar Psicológico, SPWB

De la propuesta original (Ryff & Singer, 1996), van Dierendonck (2004) desarrolló una versión que (Díaz, y otros, 2006) adaptaron al español. Propusieron que una versión de 29 ítems era más adecuada (de 4 a 6 ítems por escala), con Escala Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 6 puntos (totalmente de acuerdo), y con mejores coeficientes de confiabilidad Alfa de Cronbach para cada subescala: autoaceptación (ítems: 1, 7, 19 y 31; $\alpha = .84$), relaciones positivas con otros (ítems: 2, 8, 14, 26 y 32; $\alpha = .78$), autonomía (ítems: 3, 4, 9, 15, 21 y 27; $\alpha = .70$), dominio del entorno (ítems: 5, 11, 16, 22 y 39; $\alpha = .82$), propósito en la vida (ítems: 6, 12, 17, 18 y 25; $\alpha = .70$) y crecimiento personal (ítems: 24, 36, 37 y 38; $\alpha = .71$). En este estudio los coeficientes fueron: .81, .79, .72, .64, .86, .67, respectivamente. Las escalas de dominio y crecimiento mostraron valores Alfa de Cronbach relativamente bajos, pero semejantes a los de otros estudios (García-Alandete, 2013).

Escala de Satisfacción con la Vida, SWLS

De la escala propuesta (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), se retoma la adaptación española (Atienza, Pons, Balaguer, & García-Merita, 2000), con ligeras modificaciones para mayor claridad en México, por ejemplo el primer ítem “*En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea*” fue modificado a: “*mi vida, en casi todo, responde a lo que aspiro*”.

Los otros ítems que formaron la **SWLS** fueron: “*las condiciones de mi vida son buenas*”; “*estoy satisfecho con mi vida*”; “*hasta ahora en mi vida he logrado cosas que eran importantes para mí*”; y “*si volviese a nacer, cambiaría bastantes cosas en mi vida*” (calificación inversa).

En cuanto a las opciones de respuesta, la Escala Likert en siete opciones: no, en absoluto, no, apenas, más bien no, ni sí ni no, más bien sí, sí bastante, sí, del todo. Los puntajes van de 1 a 7. Las confiabilidades Alfa de Cronbach reportadas van de $\alpha = .79$ a $\alpha = .89$ véase: (Atienza, Pons, Balaguer, & García-Merita, 2000; Blanco & Salazar, 2014; Amezcua, González, & Zuluaga, 2008) en este estudio fue $\alpha = .81$.

Inventario SISCO de Estrés Académico

SISCO, (Barraza, 2007) fue desarrollado de acuerdo al modelo sistémico-cognitivista para valorar el estrés al que son expuestos los estudiantes durante su vida académica (Berrío & Mazo, 2011) y consta de 31 ítems divididos en cinco secciones. Para la versión completa se reporta una confiabilidad Alfa de Cronbach de $\alpha = .90$ (Barraza, 2007).

En este estudio se tomaron los ocho ítems que tienen como propósito la identificación de la frecuencia en que las exigencias del medio son percibidas como estímulos estresores, dichos ítems forman un factor estresor con confiabilidad de $\alpha = .85$ (Jaimes, 2008); en este trabajo en particular la confiabilidad fue $\alpha = .88$. Entre los ítems incluye: la competencia con los compañeros del grupo y la sobrecarga de tareas y trabajos escolares. La Escala Likert incluye las siguientes opciones de respuesta: nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre, cuyos puntajes van de 1 a 5.

Cuestiones generales sobre salud

Preguntas tomadas del trabajo de (Reig, Cabrero, Ferrer, & Richart, 2001) que incluía las preguntas: “¿en qué medida cuidas tu salud?” (*Escala Likert*: nada, poco, bastante, y mucho) y “en los últimos 12 meses ¿dirías que tu estado de salud ha sido?” (*Escala Likert*: muy malo, malo, regular, bueno, y muy bueno).

Molestias psicósomáticas y somáticas

Tomado del trabajo de (Reig, Cabrero, Ferrer, & Richart, 2001). Incluía la pregunta “¿cuáles de las siguientes molestias has tenido durante los últimos 12 meses?” y, en consonancia, molestias relacionadas con la salud mental fueron incluidas, tales como: estado de ánimo depresivo, dificultad de concentración, pesadillas, nerviosismo/intranquilidad, cambios de humor, miedos/fobias, y trastornos del sueño. Molestias relacionadas con la salud física también fueron incluidas: ítems para cada uno de los siguientes dolores (cabeza, estómago, nuca, espalda), temblor de manos, molestias en el bajo vientre, acidez, estreñimiento, diarrea, problemas respiratorios, palpitaciones/mareos. Las opciones de respuesta eran una *Escala Likert*: nunca, rara vez, algunas veces, con frecuencia.

Actividad Física y prácticas de relajación.

Depresión e ideación suicida

Variables asociadas al riesgo y protección en universitarios mexicanos

Preguntas tomadas del trabajo de (Reig, Cabrero, Ferrer, & Richart, 2001). Se realizaron tres preguntas:

- ¿Cuántas horas semanales dedica a actividades físicas, como por ejemplo caminar, correr, juegos de pelota, balón, natación, tenis, bicicleta, etc.?
- ¿Cuántas horas pasa diariamente sentado?
- ¿Cuántos kilómetros camina en un día normal?

Alimentación y consumo de sustancias.

Tres preguntas fueron tomadas del trabajo de (Reig, Cabrero, Ferrer, & Richart, 2001), a saber:

- ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos? Alimentos sanos (frutas, verduras, pescado, carne)", cuyas respuestas correspondían a una *Escala Likert*: casi nunca, 1 a 4 veces al mes, varias veces a la semana, diariamente, y varias veces al día. "Comida rápida (hamburguesas, pizza, dulces, pasteles, refrescos o bebidas gaseosas)", con opciones de respuesta en *Escala Likert*: varias veces al día, diariamente, varias veces a la semana, 1 a 4 veces al mes, y casi nunca.
- ¿Con qué frecuencia consume alcohol? Opciones de respuesta en *Escala Likert*: de 1 a 3 vasos diarios, de 3 a 5, más de 5, solo fin de semana de 5 a 10, solo fin de semana más de 10.
- Y ¿si fuma y con qué frecuencia? De nuevo con opciones de respuesta en *Escala Likert*: diariamente, en determinadas ocasiones y nunca. Para otras ocho sustancias (eg: marihuana, éxtasis, cocaína), las opciones de respuesta en *Escala Likert* fueron: nunca, alguna vez, uno al mes, uno a la semana, varias veces a la semana.

Procedimiento

Tanto los instrumentos como la carta de consentimiento informado fueron convertidos a formato electrónico mediante el software *Survey Monkey*. Acto seguido, dicho paquete fue enviado al correo electrónico de los estudiantes del área de ciencias de la salud quienes cursaban primer semestre y residían en el Estado de Jalisco (México). Los datos fueron recabados durante el período comprendido entre enero de 2015 y octubre de 2016.

Consideraciones éticas

Un comité de ética de un centro universitario ubicado en la ciudad de Guadalajara otorgó su aprobación, con lo que se dio cumplimiento a los lineamientos de la *Ley General de Salud* en materia de investigación para la salud.

Análisis estadísticos

Los análisis fueron realizados usando el paquete estadístico *SPSS-21*, con el que se obtuvo las fiabilidades *Alfa de Cronbach* de los instrumentos viables y las estadísticas descriptivas de las variables adecuadas para ello (a partir de la muestra total y por género). Además, la asimetría y la curtosis de las principales variables fueron analizadas para conocer su distribución de acuerdo a la curva normal, se obtuvo correlaciones Pearson entre las variables de intervalo con el propósito de identificar las asociaciones más importantes, y se procedió a la identificación de variables protectoras y de riesgo por su asociación negativa o positiva

con la depresión. Lo anterior se realizó tanto para la muestra total como por géneros previendo que las relaciones globales pudiesen ocultar diferencias por género y, consecuentemente, Pruebas t fueron realizadas para identificar diferencias en todos los puntajes por género.

Las frecuencias y porcentajes de respuestas a la *Escala de IS* (por género) fueron obtenidas con el fin de determinar el comportamiento de la muestra en ideación suicida (**IS**). A partir de las distribuciones halladas fue posible formar tres grupos:

- Sin IS,
- IS leve
- IS alta.

Dado que el grupo sin **IS** era muy grande, mediante el software *SPSS* fueron obtenidas muestras al azar por género buscando que su tamaño fuese adecuado para realizar comparaciones. Posteriormente, las correlaciones medias o moderadas ($r \Rightarrow .30$) fueron elegidas con el fin de realizar comparaciones entre el grupo sin IS y los grupos con diferentes niveles de IS, así como entre estos últimos; las correlaciones débiles ($r \leq .25$) o muy débiles ($r \leq .10$) no fueron consideradas (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). Análisis multivariados fueron realizados con el Modelo Lineal General (Hotelling), tanto para las comparaciones entre subescalas de un mismo constructo por grupos, como para los casos con una sola variable con *Anova*; en todos los casos, análisis post-hoc con una prueba conservadora (Scheffe, $p < .05$) fueron realizados.

Tabla 1 Correlaciones entre depresión y puntajes totales de los autoreportes para la muestra total y por género

Variables	Total r	Hombres r	Mujeres r
CES-ideación suicida	.43	.45	.42
SPWB-Bienestar Psicológico	-.35	-.37	-.35
QLI-Sp-calidad de vida	-.34	-.35	-.34
SWLS satisfacción vida	-.28	-.31	-.28
SISCO estrés académico	.36	.35	.35
Estrés dos semanas	.36	.42	.33
Cuidado de la salud física	-.22	-.25	-.20
Estado de salud	-.23	-.20	-.23
Síntomas psicósomáticos	.54	.54	.53
Síntomas somáticos	.39	.39	.38
Actividad física	-.05	-.07*	-.02*
Horas sentado	.09	.12	.09
Km caminados	-.02*	-.09	-.02*
Abuso alcohol	.02*	.01*	-.05*
Abuso fumar	-.03*	-.00*	-.06
Alimentación sana	-.10	-.15	-.08
Alimentación rápida	-.14	-.14	-.14
Consumo sustancias	.07	.03*	.09

Nota: *correlaciones no significativas; el resto fueron significativas: $r \Rightarrow .10, p < .001$; Fuente: Elaboración propia

Resultados

Correlaciones Pearson entre depresión y las principales variables del estudio fueron obtenidas con el total de la muestra y por género; solo los totales de cada escala, o las sumatoria de ítems, según el caso, fueron incluidos. Como es posible observar en la Tabla 1, *síntomas psicósomáticos e ideación suicida (IS)* fueron las correlaciones más fuertes. *Síntomas somáticos, bienestar psicológico, calidad de vida, estrés académico, estrés dos semanas, y satisfacción con la vida*, solo en varones, también correlacionaron de manera media o moderada ($p \Rightarrow .30$). El resto de las variables cuyas correlaciones fueron débiles o muy débiles, no fueron consideradas en el estudio.

Tabla 2 Estadísticas descriptivas de las variables elegidas para la muestra total y por género

Variables	Total Hombres Mujeres							
	M	DE	A	C	M	DE	M	DE
Edad en años	19.6	4.51	4.34	23.1	20.0	4.82	19.6	4.33
CES-D-depresión	18.0	7.24	1.01	2.05	17.2	7.57	18.4	7.06
CES-IS-ideación suicida	0.38	1.26	4.83	26.4	0.36	1.14	0.38	1.31
SPWB-bienestar psico.	135.4	22.5	-0.75	0.44	134.8	22.5	135.6	22.5
QLI-Sp-calidad de vida	77.6	6.50	-1.19	0.77	77.6	17.5	77.6	18.1
SWLS-satisfacción vida	28.1	4.93	-0.98	1.01	27.6	5.12	28.3	4.82
SISCO-estrés académico	25.6	6.69	0.02	-0.45	24.5	6.70	26.0	6.63
Estrés dos semanas*	2.48	0.95	-0.54	-0.93	2.40	0.96	2.53	0.94
Síntomas psicósomáticos	14.7	4.66	0.36	-0.53	13.5	4.67	15.3	4.56
Síntomas somáticos	20.6	5.65	0.33	-0.44	18.4	5.29	21.6	5.54

Nota: Total ($n = 1825$); Hombres ($n = 570$); Mujeres ($n = 1255$); A = Asimetría; C = curtosis; (*Variable de vida académica).

La Tabla 2 presenta los puntajes de las variables conservadas, así como la asimetría y la curtosis que indicaron que la edad, la depresión y la ideación suicida no se distribuían de acuerdo a la normalidad, como era de esperarse. El resto de las variables se distribuyeron de manera normal (valores cercanos a cero). Pruebas *t de Student* fueron llevadas a cabo para comparar puntajes por género: las mujeres calificaron más alto en *depresión* ($t(1823) = 3.28, p < .001$), *satisfacción* ($t(1823) = 2.76, p < .01$), *estrés académico* ($t(1823) = 4.55, p < .001$), *estrés dos semanas* ($t(1823) = 2.67, p < .01$), *síntomas psicósomáticos* ($t(1823) = 7.45, p < .001$), y *somáticos* ($t(1823) = 11.4, p < .001$).

La Tabla 3 presenta las correlaciones de las subescalas, o ítems de los autoreportes, elegidos por sus correlaciones moderadas con la depresión. Primero se presentan las correlaciones negativas de variables que pueden ser consideradas protectoras, correspondientes a *bienestar psicológico*, *calidad de vida* y *satisfacción con la vida*. Las correlaciones más fuertes y comunes para ambos géneros se dieron con *autoaceptación*, *dominio*, *percepción global de calidad de vida*, *plenitud personal*, *bienestar psicológico y emocional*, y estar *satisfecho con mi vida*. En segundo lugar, se presentan las variables que, por su asociación positiva, fueron consideradas de riesgo, correspondientes al *estrés*, *síntomas psicósomáticos* (i.e., salud mental) y *somáticos* (i.e., salud física); es posible observar en la Tabla 3 que las asociaciones más fuertes y comunes para ambos géneros se dieron con *sobrecarga de tareas*, *estrés en las últimas dos semanas*, *nerviosismo*, *problemas de concentración*, *miedos/fobias*, *cambios de ánimo*, y *estado de ánimo depresivo*.

Las frecuencias de los puntajes a los ítems del *CES-D/IS* (cuyas opciones de respuesta van de uno a tres, siendo el máximo puntaje posible nueve) fueron obtenidas para formar los grupos de IS. Como resultado, cuatro grupos fueron obtenidos de acuerdo a esos puntos: sin ideación (0 pts.), ideación leve (1 a 2 pts.), ideación alta (3 a 5 pts.) e ideación extrema (6 a 9 pts.). Sin embargo, las diferencias entre los grupos *ideación alta* e *ideación extrema* no fueron muy claras, motivo por el que se decidió unirlos; en la Tabla 4 es posible observar las frecuencias de respuestas de *IS* y su asignación a los nuevos grupos. Para las mujeres, los grupos y sus porcentajes fueron: ideación leve ($n = 128, 10.2\%$), e ideación alta ($n = 60, 4.9\%$); es decir, un total de **188 (15%)** estudiantes mostró algún grado de ideación. Y para los varones fueron: ideación leve ($n = 64, 11.2\%$), ideación alta ($n = 28, 4.9\%$), es decir, un total de **92 (16%)** universitarios mostró ideación.

Tabla 3 Correlaciones entre depresión y bienestar psicológico, calidad de vida, satisfacción, estrés, y síntomas psicósomáticos y somáticos por género

Variables	Hombres r	Mujeres r
SPWB-bienestar psicológico		
-Autoaceptación	-.36	-.30
-Relaciones positivas	-.32	-.28
-Autonomía	-.27	-.27
-Dominio del entorno	-.35	-.32
-Propósito en la vida	-.25	-.25
-Crecimiento personal	-.18	-.21
QLI-Sp-calidad de vida		
-Percepción global de calidad	-.32	-.33
-Plenitud espiritual	-.19	-.22
-Plenitud personal	-.30	-.31
-Apoyo comunitario y servicios	-.23	-.19
-Apoyo socio-emocional	-.26	-.27
-Funcionamiento interpersonal	-.34	-.28
-Funcionamiento ocupacional	-.22	-.26
-Funcionamiento independiente	-.26	-.27
-Bienestar psicológico	-.41	-.43
-Bienestar físico	-.27	-.29
SWLS-satisfacción con la vida		
-Lograr cosas importantes	-.20	-.16
-Satisfecho con mi vida	-.32	-.30
-Condición de vida buena	-.24	-.19
-Mi vida es a lo que aspiro	-.25	-.17
-Si volviese a nacer	-.22	-.24
SISCO-estrés académico		
-Tiempo limitado	.31	.24
-Participación en clase	.16	.22
-No entender los temas	.22	.27
-Tipo de trabajo requerido	.29	.26
-Evaluaciones	.27	.28
-Carácter del profesor	.27	.28
-Sobrecarga de tareas	.38	.31
-Competitividad con otros	.24	.23
Estrés dos semanas	.42	.33
Síntomas somáticos		
-Palpitaciones/mareos	.35	.23
-Molestias en el bajo vientre	.22	.18
-Dificultad respiratoria	.22	.22
-Dolor de estómago	.22	.18
-Dolor de cabeza	.25	.21
-Dolores de espalda	.24	.23
-Dolores en la nuca/hombros	.25	.21
-Temblor de manos	.29	.29
-Diarrea	.05*	.19
-Estreñimiento	.19	.20
-Acidez estomacal	.21	.23
Síntomas psicósomáticos		
-Nerviosismo (intranquilidad)	.39	.43
-Dificultad de concentración	.38	.33
-Trastornos del sueño	.33	.29
-Miedos/fobias	.32	.37
-Cambios de ánimo (humor)	.44	.35
-Estado de ánimo depresivo	.53	.50

Nota: *correlaciones no significativas; el resto son significativas: r de .08 a .15, $p < .05$; $r \geq .16, p < .001$; Fuente: elaboración propia

Depresión e ideación suicida

Variables asociadas al riesgo y protección en universitarios mexicanos

Las frecuencias de los puntajes a los ítems del **CES-D/IS** (cuyas opciones de respuesta van de uno a tres, siendo el máximo puntaje posible nueve) fueron obtenidas para formar los grupos de IS. Como resultado, cuatro grupos fueron obtenidos de acuerdo a esos puntos: sin ideación (0 pts.), ideación leve (1 a 2 pts.), ideación alta (3 a 5 pts.) e ideación extrema (6 a 9 pts.). Sin embargo, las diferencias entre los grupos *ideación alta* e *ideación extrema* no fueron muy claras, motivo por el que se decidió unirlos; en la Tabla 4 es posible observar las frecuencias de respuestas de **IS** y su asignación a los nuevos grupos. Para las mujeres, los grupos y sus porcentajes fueron: ideación leve ($n = 128, 10.2\%$), e ideación alta ($n = 60, 4.9\%$); es decir, un total de **188 (15%)** estudiantes mostró algún grado de ideación. Y para los varones fueron: ideación leve ($n = 64, 11.2\%$), ideación alta ($n = 28, 4.9\%$), es decir, un total de **92 (16%)** universitarios mostró ideación.

Tabla 4 Frecuencias de respuestas de IS y su asignación a grupos de ideación

Puntos	Mujeres			Hombres		
	Frecuencia	%	Gr. Ideación	Frecuencia	%	Gr. Ideación
0	1067	85.0	Sin	478	83.9	Sin
1	90	7.2	Leve	46	8.1	Leve
2	38	3.0	Leve	18	3.2	Leve
3	25	1.9	Alta	16	2.8	Alta
4	4	0.3	Alta	3	0.5	Alta
5	6	0.5	Alta	2	0.3	Alta
6	7	0.6	Alta	2	0.3	Alta
8	2	0.2	Alta	1	0.2	Alta
9	16	1.3	Alta	4	0.7	Alta
Total	1255	100		570	100	

Nota: no hubo participantes con 7 puntos; Fuente: Elaboración propia

Tabla 5 Comparaciones de variables protectoras y de riesgo para hombres por niveles de ideación suicida (IS) y sin ideación

Variables	1 IS (leve) (n = 64)		2 IS (alta) (n = 28)		3 IS (sin IS) (n = 51)		Diferencias entre grupos	
	M	DE	M	DE	M	DE	F	Scheffe
Protectoras								
SPWB-bienestar psicológico	(6,274)=6.115*							
-Autoaceptación	17.5	4.59	16.5	5.78	19.9	3.64		3>1,2
-Relaciones positivas	20.1	5.37	18.6	6.02	22.1	5.71		3>2
-Dominio del entorno	20.6	3.83	19.0	5.34	23.6	4.27		3>1,2; 1>2
QLI-Sp-calidad de vida	(8,272)=3.988*							
-Percepción calidad de vida	6.95	2.37	6.52	2.63	8.14	1.91		3>1,2
-Plenitud personal	6.84	2.28	6.95	2.46	7.96	2.06		3>1,2
-Función interpersonal	7.02	2.63	6.43	2.62	7.86	1.95		3>2
-Bienestar psicológico	6.44	2.49	5.71	2.53	7.82	1.88		3>1,2
SWLS-satisfacción vida	(2,143)=11.432*							
-Satisfecho con mi vida	5.32	1.26	4.00	1.82	6.00	0.95		3>1,2; 1>2
De riesgo	(2,143)=18.637*							
-CES-depresión	21.1	7.66	24.8	7.41	17.3	6.92		3<1,2; 1<2
Síntomas psicossomáticos	(12,268)=2.892*							
-Nerviosismo	2.44	0.96	3.19	1.03	1.96	1.04		3<1,2; 1<2
-Difícil concentración	2.28	0.89	2.86	0.91	2.16	1.07		3<2; 1<2
-Cambios de ánimo	2.47	1.08	2.95	0.97	2.06	0.99		3<1,2
-Edo. de ánimo depresivo	2.42	1.08	2.86	1.01	1.90	0.90		3<1,2

Nota: F = Análisis multivariado para subescalas y univariado para un solo ítem o subescala. Las diferencias post-hoc son $p < .05$, por lo menos. * $p < .001$

Fuente: Elaboración propia

Debido a que los grupos sin ideación eran muy grandes e inadecuados para realizar comparaciones entre grupos, submuestras al azar fueron obtenidas. Para las mujeres, **4%** aprox. fue obtenido, el grupo resultante ($n = 46$) tenía una edad semejante ($M = 20.5, DE = 5.70$) a la del grupo de origen ($M = 19.7, DE = 4.54$). Para los hombres, **10%** aprox. fue obtenido, el grupo resultante ($n = 51$) tenía una edad prácticamente igual ($M = 20.0, DE = 5.79$) a la del grupo de origen ($M = 20.1, DE = 5.00$). El **Anova** de la edad para los tres grupos de mujeres (sin **IS**, **IS** leve e **IS** alta) no fue significativo ($F(2,234) = 1.68, NS$), análisis que tampoco fue significativo para los hombres ($F(2,143) = 0.003, NS$).

Las variables asociadas de manera moderada o fuerte con la depresión (por género) (Tabla 3) fueron empleadas para realizar comparaciones entre grupos *con IS* y *sin IS*. La Tabla 5 presenta las comparaciones realizadas para los varones, con análisis multivariante o univariante dependiendo si eran múltiples subescalas o una sola; las variables sin diferencia significativa no son presentadas.

La primera parte de la Tabla 5 muestra las variables protectoras y la segunda las de riesgo. El grupo *sin IS* obtuvo puntajes más altos en todas las variables protectoras en comparación con el grupo **IS** alta, sin embargo, no superó al grupo **IS** leve en *relaciones* y *funcionamiento interpersonal*. Cabe mencionar que el grupo **IS** leve puntuó mejor que el de **IS** alta sólo en *dominio* y *satisfacción con la vida*.

Como era de esperarse, en todas las variables de riesgo el grupo *sin IS* obtuvo puntajes más bajos que los grupos **IS** alta e **IS** leve, a excepción de *dificultad de concentración* (cuyo puntaje fue semejante al del grupo **IS** leve). En todas las variables de riesgo el grupo **IS** alta mostró puntajes más altos que el grupo **IS** leve.

Tabla 6 Comparaciones de variables protectoras y de riesgo para mujeres por niveles de ideación suicida (IS) y sin ideación

Variables	1 IS (leve) (n = 64)		2 IS (alta) (n = 28)		3 IS (sin IS) (n = 51)		Diferencias entre grupos	
	M	DE	M	DE	M	DE	F	Scheffe
Protectoras								
SPWB-bienestar psicológico	(4,458)=7.818*							
-Autoaceptación	17.8	4.51	15.1	5.42	19.8	3.27		3>1,2; 1>2
-Dominio del entorno	21.2	4.52	19.9	5.06	23.5	4.90		3>1,2
QLI-Sp-calidad de vida	(6,456)=5.513*							
-Percepción calidad de vida	7.00	2.38	5.75	2.79	8.11	2.14		3>1,2; 1>2
-Plenitud personal	7.14	2.29	5.92	2.61	8.20	1.94		3>1,2; 1>2
-Bienestar psicológico	6.27	2.46	4.87	2.66	7.57	2.25		3>1,2; 1>2
SWLS-satisfacción vida	(2,234)=12.927*							
-Satisfecho con mi vida	5.26	1.28	4.55	1.65	5.87	1.00		3>1,2; 1>2
De riesgo	(2,234)=31.724*							
-CES-depresión	21.2	7.31	29.4	8.90	18.6	6.87		3<2; 1<2
Síntomas psicossomáticos	(10,452)=5.121*							
-Nerviosismo	2.72	1.01	2.95	0.89	2.17	1.04		3<1,2
-Difícil concentración	2.61	0.82	2.90	0.95	2.17	0.90		3<1,2; 1<2
-Miedos/fobias	2.13	1.03	2.67	1.03	1.67	0.89		3<1,2; 1<2
-Cambios de ánimo	2.94	0.90	3.20	0.84	2.37	0.93		3<1,2
-E de ánimo depresivo	2.66	0.92	2.97	0.97	1.93	0.97		3<1,2

Nota: F = Análisis multivariado para subescalas y univariado para un solo ítem o subescala. Las diferencias post-hoc son $p < .05$, por lo menos. * $p < .001$; *** $p < .05$

Por su parte, la Tabla 6 presenta las diferencias encontradas para las mujeres. El grupo *sin IS* obtuvo puntajes más altos en todas las variables protectoras, en comparación con los grupos *con IS*. El grupo **IS** leve puntuó más alto que el de **IS** alta en las mismas variables, a excepción de *dominio del entorno*.

En cuanto a las variables de riesgo, el grupo *sin IS* puntuó más bajo que los grupos *con IS* en todas las variables; nuevamente la excepción e dio en *depresión* entre los grupos *sin IS* e *IS leve*. Éste último obtuvo puntajes más bajos que el grupo *IS alta* en cuanto a *depresión*, *dificultad de concentración* y *miedos/fobias*. Cabe mencionar que cuatro variables con correlaciones de **.29** (Tabla 3), en hombres o mujeres, fueron incluidas en las comparaciones, pero no encontramos diferencias entre grupos.

Discusión

Este estudio tuvo como propósitos identificar variables protectoras y de riesgo asociadas a la depresión y conocer cuáles de ellas discriminan entre universitarios con *ideación suicida (IS)* y *sin IS*, así como entre niveles de ideación suicida. Las variables consideradas protectoras, por su asociación negativa con la depresión, incluyeron subescalas de *bienestar psicológico*, *calidad de vida*, y *satisfacción con la vida*; en la primera de éstas, en ambos géneros sobresalieron las subescalas de *autoaceptación* y *dominio del entorno*, en la escala de *calidad de vida* sobresalieron la *percepción global de calidad de vida*, la *plenitud personal*, y el *bienestar psicológico*, y para la escala de *satisfacción con la vida*, sólo sobresalió la subescala con el mismo nombre.

Mención aparte merecen las relaciones entre depresión y *cuidado de la salud*, *estado de salud físico*, *nutrición*, y *consumo de drogas*, las cuales, fuesen positivas o negativas, fueron *débiles*, *muy débiles*, o *inexistentes* en ambos géneros. La observación adicional de las respuestas a esos ítems indica poca dispersión de las mismas, en tanto se concentraron en respuestas positivas (i.e., “no consumo drogas”, “cuido mucho mi salud”, etc.). De manera congruente, resulta evidente que los temas de salud, nutrición y drogas eran de mucha importancia para esos universitarios, probablemente porque se dedicaban al estudio de la salud. Por supuesto, una explicación alternativa sería que por ese mismo motivo los estudiantes hayan ‘cuidado’ sus respuestas en estas áreas, reflejando deseabilidad social. Cualquiera que fuere la razón, la mayoría de estas variables no fueron incluidas en los análisis posteriores.

Por otra parte, en los modelos explicativos de *IS*, la depresión tiene un efecto independiente y directo, mientras que muchas otras variables personales y contextuales tienen un efecto indirecto o mediado (Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu, & Martínez, 2010; Villalobos - Galvis, 2009). En este trabajo encontramos que la depresión correlacionó de manera directa y moderada con la *IS*, hallazgo semejante al de muchos estudios (Ceballos-Ospino, y otros, 2015; Eguiluz & Ayala, 2014; Amezquita, González, & Zuluaga, 2008; Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu, & Martínez, 2010).

Es preciso mencionar que *síntomas psicósomáticos* fue la única variable que correlacionó con la depresión mejor que la *IS*; es importante notar que todos los ítems (*nerviosismo/intranquilidad*, *problemas de concentración*, *miedos/fobias*, *cambios de ánimo*, *estado de ánimo depresivo*, y *trastornos del sueño*) que se sumaron para formar esta variable son propios de la sintomatología depresiva (WHO/OMS, Depression. Fact sheet, 2017a), por lo que el hallazgo es consistente con lo esperado.

Las variables: *total de estrés académico* y *estrés dos semanas*, se relacionaron de manera positiva con la depresión. Al desglosar estrés académico en los ítems que lo conformaban, sólo *sobrecarga de tareas* (en ambos géneros) y *tiempo limitado* (en los varones) relacionaron de manera moderada con la depresión. Sin embargo, estas variables, al

igual que *estrés dos semanas*, no diferenciaron entre grupos *con IS* y *sin IS*. A pesar que el *estrés* ha sido considerado un factor de riesgo para la *IS* (Eguiluz & Ayala, 2014); su importancia no es clara en el caso particular de los universitarios del área de salud (Coffin, Álvarez, & Marín, 2011). Por ejemplo Siabato Macías y Salamanca (2015) encontraron que de **28** eventos vitales estresantes sólo ocho fueron significativos y, de éstos, ‘*tener seres queridos con problemas emocionales o psicológicos*’ fue la única variable altamente significativa entre universitarios *con IS* o *sin IS*.

El hallazgo más importante de este estudio fueron las variables protectoras y de riesgo para la *IS* a partir de las relaciones encontradas entre depresión y múltiples variables. Aunque la gran mayoría de las relaciones fueron significativas para ambos géneros, pocas fueron del orden medio o mayores ($r \Rightarrow .30$). Bajo un criterio estricto, estas últimas relaciones fueron incluidas en las comparaciones entre universitarios *sin IS* y *con IS*, porque su fuerza garantizaba resultados más consistentes, hecho que se pudo constatar al incluir otras relaciones de **.29** (eg: tipo de trabajo requerido y temblor de manos) que no mostraron diferencias entre grupos. Cabe aclarar que hayamos homogeneidad de asociaciones entre variables por género, pero debido a que la fuerza de esas relaciones no fue siempre la misma para ambos géneros, las variables comparadas no fueron las mismas en todos los casos. Es preciso comentar aquí que los porcentajes de estudiantes *con IS* fueron semejantes por género, sin embargo, en el puntaje más alto, el porcentaje de mujeres fue el doble al de hombres. Evaluando dos niveles de ideación (Ceballos-Ospino, y otros, 2015), también encontraron que el porcentaje de adolescentes femeninas era el doble al de varones en el puntaje de alto riesgo suicida. Esto apunta a que las diferencias por género pueden ser más complejas de lo que se ha reconocido, al parecer las diferencias dependen del nivel de ideación y esto podría explicar algunas contradicciones sobre las diferencias por género que señalamos anteriormente.

Al comparar el grupo *sin IS* y los grupos *con IS*, hallamos un decremento consistente de puntajes de las variables protectoras, que iba disminuyendo desde el grupo *sin IS* hasta el grupo *con IS* alta. Es posible concluir que las variables protectoras que diferenciaron al grupo *sin IS* de los dos grupos *con IS* -en ambos géneros- fueron: *autoaceptación*, *dominio*, *percepción global de calidad de vida*, *plenitud personal*, *bienestar psicológico* y *satisfacción con la vida*. Resulta entonces importante revisar qué constructos valoran estas variables: la *autoaceptación* refiere a las evaluaciones positivas de sí mismo el individuo que realiza aceptando sus propias características positivas y negativas, y representa la capacidad para afrontar situaciones adversas o estresantes. El *dominio del entorno* refiere a la eficacia para gestionar la propia vida y el medio circundante, generando condiciones para la satisfacción de necesidades propias. Ambos constructos están relacionados con autoestima estable (Ryff, 2014), resultado congruente con los estudios que señalan la autoestima como variable relacionada con la *IS* (Ceballos-Ospino, y otros, 2015; Siabato-Macías, Forero-Mendoza, & Salamanca, 2017). Por su parte, los constructos *percepción global de calidad de vida* y *bienestar psicológico* refieren a la calidad de vida subjetiva: el primero refiere específicamente al sentimiento de satisfacción y felicidad con la vida en general y, el segundo, a sentirse bien consigo mismo. Resultados semejantes han sido reportados con adolescentes (Quiceno, Mateus, Cárdenas, Villarreal, & Vinaccia, 2013). El constructo *plenitud personal* refiere a sentimientos de equilibrio en la vida personal. Por último, el ítem *satisfacción con la vida* es aquel con mejores cargas factoriales en los estudios de la *SWLS* y refiere a una valoración general de la vida actual de la persona y está asociado al bienestar y la inteligencia emocionales (Atienza, Pons, Balaguer, & García-Merita, 2000; Pérez & Alegre, 2016).

Depresión e ideación suicida

Variables asociadas al riesgo y protección en universitarios mexicanos

Al comparar las variables de riesgo, los hallazgos incluyeron el puntaje de depresión para corroborar que la sintomatología depresiva era diferente entre grupos, como efectivamente ocurrió, a excepción de los grupos *sin IS* y *con IS* leve en mujeres. Es importante recordar que encontramos mayor depresión en mujeres que en hombres, como era de esperarse (WHO/OMS, Depression. Fact sheet, 2017a), y al comparar por grupos, se encontró lo siguiente: los puntajes de las mujeres en *depresión* fueron prácticamente iguales a los de los varones entre grupos de *IS* leve; fueron ligeramente más altos entre grupos *sin IS*, pero bastante más altos entre grupos de *IS* alta. Lo anterior corrobora importantes y complejas diferencias por género y sugiere que, posiblemente, no se debería utilizar los mismos puntajes para determinar niveles de ideación en varones y mujeres. Como vimos, los hallazgos con otras variables de riesgo correspondieron exclusivamente a variables propias de la sintomatología depresiva. En todas las variables, el grupo *sin IS* puntuó más bajo que los grupos *con IS*, a excepción de *dificultad de concentración* entre varones *sin IS* y *con IS* leve. No se observaron diferencias significativas entre los grupos con ideación para todas las variables por género. Sin embargo, en ambos géneros se observó un decremento consistente de puntajes, que iba desde grupo *sin IS* hasta el grupo *IS* alta. *Miedos/fobias* fue la única variable que no fue común a ambos géneros y que fue diferente entre todos los grupos de mujeres. No encontramos evidencias que ayudaran a explicar la importancia de esta variable para las mujeres.

Entre las limitaciones del presente estudio es posible reconocer la composición de la muestra analizada en tanto la conformaron universitarios exclusivamente del área de la salud y esto sesgó los resultados hacia la conservación de la misma, por lo tanto, es posible que las variables de salud, particularmente el *consumo de alcohol* y *drogas*, no tuvieran la misma relevancia reportada en adolescentes (Pérez-Amezcu, y otros, 2010). Otra limitante es el criterio elegido para asignar puntajes a dos niveles de *IS* por género, a pesar que otros autores también han reportado sólo dos niveles de *IS* (Ceballos-Ospino, y otros, 2015).

Finalmente, al considerar la *IS* como variable dependiente y los factores como independientes -tal como se concibió en este trabajo-, se profundiza en factores más específicos relacionados con la *IS*. Sin embargo, resulta importante confirmar estos hallazgos en estudios predictivos de *IS* y prospectivos del intento de suicidio, como lo sugieren otros autores (Silva, y otros, 2017). No obstante, los resultados del presente estudio confirman las conclusiones de otros trabajos predictivos que sugieren que las variables personales o psicológicas probablemente ocupan un rol más prominente en el proceso de ideación y en el comportamiento suicida, en comparación con las variables contextuales (Sánchez, Muela, & García, 2014; Vianchá, Bahamón, & Alarcón, 2013). Lo anterior puede ser correcto, en particular, para las variables protectoras, que han recibido poca atención en los estudios de *IS*. En suma, nuestros resultados sugieren que el *desarrollo personal* (i.e., *bienestar psicológico*) tanto como la *felicidad* (i.e., *bienestar subjetivo*) son elementos vitales en la prevención de *IS*, de manera congruente, sugerimos que las personas con ideación suicida carecen de un adecuado manejo de situaciones cotidianas, carecen de fuertes conexiones sociales con personas significativas y carecen de una amplia aceptación de sí mismos (incluyendo sus logros y limitaciones). Resulta importante considerar estos hallazgos para su inclusión en programas de promoción de la salud, en general, y de la salud mental, en particular.

Referencias

- Aguilera-Guzmán, R. M., Carreño, M. S., & Juárez, F. (2004). Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental*, 27(6), 57-66. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2004/sam046h.pdf>
- Amezquita, M. E., González, R., & Zuluaga, D. (2008). Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8°, 9°, 10° y 11° grado, en ocho colegios oficiales de Manizales. *Hacia la Promoción de la Salud*, 13, 143-153. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v13n1/v13n1a09.pdf>
- Arensman, E. (2017). Suicide prevention in an international context. Progress and challenges. *Crisis*, 38(1), 1-6. doi:10.1027/0227-5910/a000461
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. L. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319. Obtenido de <http://www.redalyc.org/html/727/72712226/>
- Barraza, A. (2007). Propiedades psicométricas del Inventario SISCO del estrés académico. *En biblioteca virtual de Psicología Científica*. Obtenido de <http://www.psicologiacientifica.com>
- Berrío, N., & Mazo, R. (2011). Estrés Académico. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 3(2), 65-82. Obtenido de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/11369/10646>
- Blanco, M., & Salazar, M. (2014). *Escala de Satisfacción con la Vida para adultos mayores de Diener, Emmons, Larsen, y Griffin*. En *Compendio de Instrumentos IIP-2014*. Costa Rica. Obtenido de <http://repositorio.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/30349/>
- Blasco, M., Castellví, P., Almenara, J., Lagares, C., Roca, M., Sesé, A., . . . al., e. (2016). Predictive models for suicidal thoughts and behaviors among Spanish University students: Rationale and methods of the UNIVERSAL (University and mental health) project. *BMC Psychiatry*, 16. doi:10.1186/s12888-016-0820-y
- Ceballos-Ospino, G., Suarez-Colorado, Y., Suescún-Arregocés, J., Gamarra-Vega, L., González, K., & Sotelo-Manjarres, A. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*, 12(1), 15-22. doi:10.21676/2389783X.1394
- Coffin, N., Álvarez, M., & Marín, A. (2011). Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: un estudio piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 341-354. Obtenido de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repj/article/view/28911>
- Córdova, M., Rosales, J., Guzmán, B., & Zúñiga, G. (2013). Características del estudiante con y sin ideación suicida del colegio de bachilleres de San Luis Potosí (México). *Salud y Sociedad: Investigaciones en Psicología de la Salud y Psicología Social*, 4(2), 120-134.
- Córdova, M., Rosales, M., Caballero, R., & Rosales, J. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psico-socio-demográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15(2), 17-21.
- De La O-Vizcarra, M., Pimentel-Nieto, D., Soto-Maldonado, B., De La O-Vizcarra, T., & Quintana-Vargas, S. (2009). Frecuencia y factores de riesgo para depresión en adolescentes. *Pediatría de México*, 11(2), 57-61.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-477. Obtenido de <http://www.redalyc.org/html/727/72718337/>
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Eguiluz, L., & Ayala, M. (2014). Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 22(2), 72-80. Obtenido de http://revistas.iberomx.com/psicologia/articulo_detalle.php?id_volumen=11&id_articulo=124
- García-Alandete, J. (2013). Bienestar psicológico, edad y género en universitarios españoles. *Salud y Sociedad*, 4(1), 48-58. Obtenido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-74752013000100004
- González -Forteza, C. . . (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18(4), 41-48. Obtenido de http://revistasaludmental.com/index.php/salud_mental/article/view/575

- González, J., Zapata, M. I., & Mezzich, J. E. (2005). The Spanish version of the Multicultural Quality of Life Index: Validation study in Caracas, Venezuela. Póster presentado al WPA XIII World Congress of Psychiatry. El Cairo.
- González, S., Fernández, C., Pérez, J., & Amigo, I. (2006). Prevención secundaria de la depresión en atención primaria. *Psicothema*, 18(3), 471-477. Obtenido de <http://www.psicothema.com/pdf/3240.pdf>
- González-Forteza, C., Jiménez, T., Ramos, L., & Wagner, F. (2008). Aplicación de la Escala de Depresión del Center for Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 50, 292-299.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Caballero, M. A., & Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524-532. Obtenido de <http://www.redalyc.org/html/727/72715403/>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta. ed. ed.). Mexico: McGraw-Hill. Obtenido de https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Jaimes, R. (2008). Validación del Inventario SISCO de estrés académico en adultos jóvenes de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga. *Tesis de pregrado Universidad Pontificia Bolivariana*. Bucaramanga, Colombia. Obtenido de <https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/224/>
- Jatuff, D., Zapata-Veja, M. I., Montenegro, R., & Mezzich, J. E. (2007). El Índice Multicultural de Calidad de Vida en Argentina: un estudio de validación. *Actas de Especialidad Psiquiátrica*, 35(4), 253-258.
- Lazarevich, I., & Mora-Carrasco, F. (2008). Depresión y género: factores psicosociales de riesgo. *Segunda época*, 1(4), 8-16. Obtenido de <http://187.216.193.232/biblos-imdf/node/13275>
- Maris, R. W. (1991). Suicide and life threatening behavior: Introduction. *Suicide Life and Threatening Behavior*, 21, 1-17. Obtenido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1943-278X.1991.tb00791.x>
- Mezzich, J., Ruipérez, M., Pérez, C. Y., Liu, J., & Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the Quality of Life Index: Presentation and validation. *Journal of Nervous Mental Diseases*, 188, 301-305. Obtenido de https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2000/05000/The_Spanish_Version_of_the_Quality_of_Life_Index_.aspx
- Mondragón, L., Borges, G., & Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24(6), 4-15. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam016b.pdf>
- Pérez, N., & Alegre, A. (2016). Does emotional intelligence moderate the relationship between satisfaction in specific domains and life satisfaction? *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(2), 131-140. Obtenido de <http://www.redalyc.org/html/560/56046597003/>
- Pérez-Amezcu, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E., De Castro, F., Leyva-López, A., & Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública de México*, 52, 324-333. DOI: [10.1590/S0036-36342010000400008](https://doi.org/10.1590/S0036-36342010000400008)
- Quiceno, J., Mateus, J., Cárdenas, M., Villareal, D., & Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(2), 107-117. DOI: [10.5944/rppc.vol.18.num.2.2013.12767](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.2.2013.12767)
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401. DOI: [10.1177/014662167700100306](https://doi.org/10.1177/014662167700100306)
- Reig, A., Cabrero, J., Ferrer, R. I., & Richart, M. (2001). *La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios*. Alicante, España: Publicaciones de la Universidad de Alicante. Obtenido de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/24985>
- Roberts, E. R. (1980). Reliability on the CES-D Scale in different ethnic contexts. *Psychiatry Research*, 2, 125-134. DOI: [10.1016/0165-1781\(80\)90069-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(80)90069-4)
- Ryff, C. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 10-28. DOI: [10.1159/000353263](https://doi.org/10.1159/000353263)
- Ryff, C., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 14-23
- Sánchez, D., Muela, J., & García, A. (2014). Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 277-290. Obtenido de <http://www.ijpsy.com/volumen14/num2/388/variables-psicolgicas-asociadas-a-la-ideaci-ES.pdf>
- Sánchez, R., Cáceres, H., & Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomédica*, 22(2), 407-416.
- Sánchez-Sosa, J., Villarreal-González, M. E., Musitu, G., & Martínez, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 279-287. Obtenido de <http://journals.copmadrid.org/pi/article.php?id=ae1eaa32d10b6c886981755d579fb4d8&title=ideacion-suicida-en-adolescentes-un-analisis-psicosocial>
- Sanjuán, P., Montalbetti, T., Pérez-García, A., Bermúdez, J., Arranz, H., & Castro, A. (2016). A randomized trial of a positive intervention to promote well-being in cardiac patients. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 8(1), 64-84. DOI: [10.1111/aphw.12062](https://doi.org/10.1111/aphw.12062)
- Siabato-Macías, E. F., Forero-Mendoza, I. X., & Salamanca, Y. (2017). Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento psicológico*, 15(1), 51-61. doi: [10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.ADIS](https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.ADIS)
- Siabato-Macías, E., & Salamanca, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 9(1), 71-81. doi: [10.21500/19002386.994](https://doi.org/10.21500/19002386.994)
- Silva, D., Valdivia, M., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R., & Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(1), 33-42. doi: [10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.16170](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.16170)
- Terrones-González, A., Estrada-Martínez, S., Lechuga-Quiñones, A. M., Salvador-Moysén, J., Martínez-López, Y., & La Llave-León, O. (2012). Propiedades psicométricas de la CES-D/IS en población universitaria de la ciudad de Durango, México. *Salud Mental*, 35(4), 305-313. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/262482035_Propiedades_psicométricas_de_la_CES-DIS_en_poblacion_universitaria_de_la_ciudad_de_Durango_Mexico
- Toro-Tobar, R., Grajales-Giraldo, & Sarmiento-López, J. C. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 16(4), 473-486. DOI: [10.5294/aqui.2016.16.4.6](https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.6)
- Vianchá, M., Bahamón, M., & Alarcón, L. (2013). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Tesis Psicológica*, 8(1), 112-123. Obtenido de <http://publicaciones.libertadores.edu.co/index.php/TesisPsicologica/article/view/291>
- Villalobos-Galvis, F. (2009). *Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior (Tesis doctoral no publicada)*. Universidad de Granada. Obtenido de <http://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf>
- Villalobos-Galvis, F. H. (2010). Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa-PANSI, en estudiantes colombianos. *Universitas Psychologica*, 9(2), 509-520.
- WHO/OMS. (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. París [fr]: WHO, World Health Organization [OMS: Organización Mundial de la Salud].
- WHO/OMS. (Febrero de 2017a). *Depression. Fact sheet*. (WHO, World Health Organization [OMS: Organización Mundial de la Salud]) Recuperado el Marzo de 2017, de Depression. Fact sheet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- WHO/OMS. (Febrero de 2017b). *Suicide. Fact sheet*. (WHO, World Health Organization [OMS: Organización Mundial de la Salud]) Recuperado el Febrero de 2017, de Suicide. Fact sheet.: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

Early Print

Desde el 1 de septiembre de 2018, todo artículo que sea

ACEPTADO

por los evaluadores y cuente con su documentación completa será

**PUBLICADO
inmediatamente,**

así no deberá esperar a la fecha de publicación del número entero y el artículo estará disponible para el uso y consumo de la comunidad académica, científica y disciplinar.

Consulte las instrucciones para autores haciendo **click aquí.**

Mayor información:

revistaiberoamericana@ibero.edu.co



IBEROAMERICANA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

Revista Iberoamericana de
Psicología

ISSN-I: 2027-1786 | e-ISSN: 2500-6517

Publicación Cuatrimestral