REVISTA **RED** pensar

Factores psicológicos y contextuales asociados al riesgo suicida en adultos jóvenes, en la provincia de Heredia Costa Rica

*Psychological and contextual factors associated with suicidal risk in young adults, in
the province of Heredia Costa Rica*

Jou Masis Portuguese

Revista REDpensar, volumen 7, número 1, Enero-Junio 2018
ISSNe: 2215-5384

Lanzando la RED 2

Recibido: 11 de setiembre de 2018

Aceptado: 17 de diciembre de 2018

DOI: 10.31906/redpensar.v7i1.161

Universidad De La Salle Costa Rica
Departamento de Investigaciones

redpensar@ulasalle.ac.cr | www.redpensar.ulasalle.ac.cr

Factores psicológicos y contextuales asociados al riesgo suicida en adultos jóvenes en la provincia de Heredia Costa Rica

Psychological and contextual factors associated with suicidal risk in young adults in the province of Heredia Costa Rica

Jou Masis Portuguese¹

Resumen

La presente investigación se concentra en el análisis de factores psicológicos como la desesperanza y la rigidez cognoscitiva, y en factores contextuales como la historia familiar, apoyo social y el afrontamiento de eventos vitales asociados al riesgo suicida en adultos jóvenes de la provincia de Heredia, Costa Rica. Aunado a estos factores se contempla a la salud mental como factor predictor y a la vez como un factor psicológico, además se consideran aspectos sociodemográficos comparativos como el sexo, la edad, las prácticas religiosas, entre otros, con el fin de obtener una búsqueda de diferencias significativas en la población de estudio. Como población participante se contempló personas adultas jóvenes de ambos sexos de la provincia de Heredia, con edades entre los 18 y los 40 años (grupo etario con mayor incidencia de suicidio en los últimos años en Costa Rica). Tanto para el abordaje de los factores en estudio como para el proceso de recolección de datos se construye y aplica un cuestionario con opciones de respuesta tipo escala (siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca). Con respecto al análisis de información se muestran los resultados de las distribuciones de los y las participantes para cada uno de los factores, las correlaciones de los factores psicológicos y contextuales que arrojan relaciones significativas (desesperanza, rigidez cognoscitiva e historia familiar) con el factor predictor (salud mental), y se destacan algunas diferencias significativas arrojadas por estadísticos paramétricos y no paramétricos, como la desesperanza con la edad y la práctica de alguna religión.

Palabras Clave: FACTORES PSICOLÓGICOS, FACTORES CONTEXTUALES, RIESGO SUICIDA, ADULTOS JÓVENES.

Abstract

The following investigation focuses on the analysis of psychological factors such as hopelessness, cognitive rigidity and contextual factors including family history, social support and the confrontation of vital events related to the suicidal risk in young adults in the province of Heredia, Costa Rica. Along with these factors, mental health is contemplated as a predictor as well as a psychological factor. In addition, sociodemographic aspects such as sex, age and religious practices, among others, were considered on the search of significant differences in the target population. Young adults of both sexes between 18 and 40 years old (the age group with the highest incidence of suicide in recent years in Costa Rica) from the province of Heredia, were evaluated in the investigation. For the approach to the factors under study and for the data collection process, a questionnaire was created and applied using options (for answers) based on a scale (always, almost always, sometimes, almost never, never). Regarding the analysis of the data collected, the results of the participants' distributions are shown for each factor, the correlations of the psychological and contextual factors that demonstrate significant relations (hopelessness,

1. Licenciado en Psicología. Especializado en Salud Mental. Universidad Latina de Costa Rica, Catedra de Psicología. Correo electrónico: jovamiles@gmail.com

cognitive rigidity and family history) with the predictor factor (mental health). The significant differences generated by parametric and nonparametric statistics like the hopelessness with the age and practice of any religion are also highlighted in this research.

Keywords: PSYCHOLOGICAL FACTORS, CONTEXTUAL FACTORS, SUICIDAL RISK, YOUNG ADULTS.

Introducción

La profundización en el conocimiento respecto al fenómeno del suicidio se ha convertido en una necesidad sanitaria a nivel mundial. Los datos que proporcionan las diferentes organizaciones mundiales que abordan las temáticas de salud mental muestran altas cifras, catalogando el suicidio como una pandemia. En este artículo se destacan algunos datos, presentados por la Organización Mundial de la Salud [OMS] relacionados al suicidio.

La página principal de la OMS (2018, s.p) indica que

- Cerca de 800.000 personas se suicidan cada año a nivel mundial.
- Por cada suicidio, hay muchas más tentativas de suicidio cada año. Entre la población en general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante.
- El suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años.
- El 78% de todos los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos.
- La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son algunos de los métodos más comunes de suicidio en todo el mundo.

Así mismo, la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2014, p.5) hace referencia a la región de las Américas, indicando que ocurren aproximadamente 65.000 muertes por suicidio cada año. Las tasas más altas de la región se registran en el Caribe no hispano y en Norteamérica. Destaca que el suicidio es la tercera causa de muerte en personas de 20 a 24 años de edad y la cuarta en los grupos de 10 a 19 años y de 25 a 44 años de edad. Los suicidios en hombres representan aproximadamente el 79% del total de muertes por dicha causa.

En el caso de Costa Rica, los datos estadísticos muestran que el país no es ajeno a esta realidad, y que en los últimos años han incrementado las muertes por suicidio. El Organismo de Investigación Judicial [OIJ] (2018, párr. 1) expresa que “el país contabiliza 201 suicidios en lo que llevamos del año [2018]”, además confirma “que desde el 2015 el suicidio es la tercera causa de muerte en Costa Rica en jóvenes de entre 15 y 19 años” (2018, párr.2).

Según Vargas y Espinoza (2017) a través del Poder Judicial indican lo siguiente:

[...] la tasa de suicidios por cada 100.000 habitantes para el género masculino fue de 8.4 y 7.6, mientras que la de las mujeres fue de 1.6 y 1.3, en lo que respecta a los años 2015 y 2016 [...]. El rango de edad promedio de suicidios para el período 2015 fue de 21-30 años, siendo más frecuentes en hombres. En el 2016, el rango de edad que predomina en hombres fue de 21-30, sin embargo en mujeres fue de 31-40. (p.6)

En la siguiente tabla se puede observar en detalle la distribución de suicidios por rango de edad y género, para los años 2015 y 2016.

CUADRO 1.

Distribución de suicidios por rango de edad y género, para los años 2015 y 2016.

Edades	2015				2016			
	Hombres	Porcentaje	Mujeres	Porcentaje	Hombres	Porcentaje	Mujeres	Porcentaje
0-10	1	0,37%	0	0,00%	2	0,78%	0	0,00%
11-20	29	10,86%	9	17,65%	28	10,89%	3	6,67%
21-30	62	23,22%	15	29,41%	61	23,74%	9	20,00%
31-40	46	17,23%	8	15,69%	51	19,84%	16	35,56%
41-50	45	16,85%	8	15,69%	50	19,46%	8	17,78%
51-60	45	16,85%	10	19,61%	33	12,84%	6	13,33%
61-70	28	10,49%	1	1,96%	18	7,00%	3	6,67%
71-80	5	1,87%	0	0,00%	10	3,89%	0	0,00%
81-90	6	2,25%	0	0,00%	4	1,56%	0	0,00%
Total	267		51		257		45	

Fuente: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal. Poder Judicial. (2017).

De acuerdo a la tabla anterior y los datos proporcionados por el Poder Judicial, la incidencia de muertes en hombres en el 2015 fue de 62 y en mujeres fue de 15, para un total de 267 casos de suicidios. Para el 2016 los datos se mantuvieron similares, el rango de edad de los 21 a los 30 años en hombres, la cantidad de suicidios fue de 61 hombres y entre los 31-40 años fue de 16 mujeres, para un total general de 257 casos. Cabe destacar que para ambos años, los meses que manifestaron mayor índice de suicidios, se relacionan directamente con fechas vacacionales según el calendario costarricense (enero, junio y diciembre) (Vargas y Morales, 2017).

En lo que respecta al tema sobre los factores psicológicos y contextuales asociados al riesgo suicida en personas adultas jóvenes, un concepto central del mismo es el riesgo suicida, definido por el Ministerio de Educación Pública [MEP] (2018, p.21) como “la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida”. Los factores que precipitan o que tratan de explicar este patrón comportamental brotan desde diferentes fuentes documentales lo que hace del tema un espacio de conocimiento muy amplio. Como menciona la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de Galicia en España (2012, pp.57-63), los factores de riesgo más importantes asociados a la conducta suicida son: “los individuales (consumo de sustancias, depresión mayor u otros trastornos mentales), los psicológicos (desesperanza, rigidez cognitiva, edad, el sexo, las enfermedades crónicas), los familiares y contextuales (historia familiar de suicidio, maltrato y abuso sexual o eventos vitales estresantes)”.

Lo anterior deja entrever la pertinencia de un abordaje multidisciplinario, sin embargo, para efectos de este estudio psicológico, el trabajo se remite al análisis de factores psicológicos y contextuales asociados al riesgo suicida. Una definición de suicidio que va de la mano con los factores en estudio, la expresa Echeburúa (2015, p.118) quien define el acto como “una urgencia vital ubicada no sólo en un contexto biográfico de pérdida de la salud de la persona, sino también de debilitamiento de sus redes afectivas y sociales”.

Bajo esta línea, aplicando el concepto al ámbito costarricense, el artículo desarrollado por García y Barrantes (2017) cuyo nombre lleva: “¿Qué sabes del suicidio de adultos en Costa Rica? características sociodemográficas y factores de riesgo”, destaca como los antecedentes de problemáticas, disfunciones familiares y la percepción de falta de apoyo social, son de los principales factores de riesgo para el suicidio en las personas costarricenses, principalmente adultos (entre los 18 y 65 años)². Así mismo, Navas (2013, p.221) citando a Bille-Brahe U (1998) señala algunos factores del suicidio como “enfermedades mentales, historia suicida familiar, eventos estresores significativos, enfermedades físicas progresivas, disponibilidad de armas de fuego, etc.” Además, la autora (2013) indica que

El comportamiento suicida está determinado por una serie de causas complejas, que pueden ser tanto factores externos como internos del sujeto. Entre ellos pueden enumerarse: la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, antecedentes familiares, el abuso de alcohol o drogas, los maltratos durante la niñez, aislamiento social, enfermedades crónicas, patrones familiares autodestructivos, eventos traumáticos durante la niñez, violencia intrafamiliar, abusos, humor inestable, ansiedad, desórdenes psiquiátricos como la depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, entre otros. (p.221)

Los investigadores Castillo y Maroto (2017), en su estudio sobre *“El suicidio desde un enfoque psicosocial y de salud comunitaria: los resultados del diagnóstico en Santa María de Dota, Costa Rica”*, enfatizan en el entendimiento del suicidio como un fenómeno social producto de un conjunto de factores diversos, los cuales deben ser comprendidos de acuerdo a la localidad, así mismo, ambos autores remarcan que las personas de las comunidades abordadas relacionan de forma directa problemas comunitarios con la conducta suicida, como por ejemplo: la economía, la falta de empleo, la falta de espacios recreativos, el encapsulamiento o aislamiento comunal y el machismo o los problemas familiares por encima de factor personal o de patología mental.

Por lo cual, ante este panorama es que, se ha delimitado el tema del suicidio para abordarlo desde diferentes factores tales como: psicológicos (la desesperanza, la rigidez cognitiva y la salud mental), factores contextuales (la historia familiar, el apoyo social y el afrontamiento de eventos vitales en el sujeto), factores sociodemográficos (la edad, el sexo, la escolaridad, la religión, el consumo de drogas o el padecimiento de enfermedades crónicas). La incidencia de estos factores, su relación y su comparación son la materia prima en esta investigación.

Método

Al describir esta investigación se trata de exponer la causalidad de múltiples factores desde el ámbito psicológico que pueda explicar el riesgo suicida. El enfoque cuantitativo permite medir dicha causalidad, el método no experimental donde se abordan las variables sin una manipulación deliberada de las mismas y el carácter descriptivo hacia una muestra de participantes adultos jóvenes respecto a las variables en estudio. El tipo de muestreo que se emplea es el representativo, a dicha muestra se le aplican tanto la prueba de normalidad (Kolmogorov Smirnov) como de homogeneidad de la varianza (estadístico de Levene), para determinar el uso de pruebas paramétricas (T de Student y Análisis de la varianza [ANOVA, por sus siglas en inglés]) o no paramétricas (U de Mann Whitney y Kruskal Wallis) en la identificación de diferencias significativas por grupos. El programa empleado para los cálculos estadísticos es el SPSS 21 (paquete estadístico para Ciencias Sociales).

2. Los autores destacan en su estudio el cantón de San Ramón, donde se registraron 42 suicidios en el 2014, siendo el tercero, solo por debajo de Cartago (50) y Vázquez de Coronado (45) citado por García y Barrantes (2017) en Ministerio de Salud (2014)

Participantes

La población que se considera para la investigación cumple con las siguientes características:

- Adultos jóvenes
- Ambos sexos
- Edades comprendidas entre los 18 y los 40 años³
- Estudiantes de institutos educativos de la provincia de Heredia⁴

Para efectos de determinación de la cantidad total de sujetos de investigación, se procedió a indagar en la proyección de la población de Heredia a junio del 2015, según el Instituto Nacional de Estadística y Censo [INEC], donde se estima un total de la población para la provincia de 475.838, en particular para el rango de edad antes mencionado (18 a 40 años) y tomando en consideración que para el cantón central de Heredia (una cuarta parte de la población) este rango representa el 35% de la población. Se tomó esto como referencia para estimar la cantidad de sujetos para este grupo etario, lo que dio como resultado 166.543 sujetos. Este dato permitió clasificar a esta población como infinita y a partir de allí se procedió al cálculo de la muestra. En seguida la fórmula empleada para la muestra:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2}$$

La misma da como resultado: 384,16 participantes, dado que se contemplaron estudiantes de las nueve zonas mencionadas de Heredia, se trató de cubrir 60 sujetos para cada una de ellas, dando por resultado un total de 492 participantes.

Instrumento

Se construyó el cuestionario de “Factores Psicológicos y Contextuales Asociados al Riesgo Suicida” (FPCS). Se redactan 72 preguntas con una escala de respuestas tipo likert con 5 opciones de respuesta, con linealidad tanto positiva como inversa: siempre (5 o 1), casi siempre (4 o 2), a veces (3), casi nunca (2 o 4) y nunca (1 o 5). Los factores abordados corresponden: desesperanza, rigidez cognitiva y salud mental (factores psicológicos), así como historia familiar, apoyo social y eventos vitales (factores contextuales); también se contempló dentro de los datos socio-demográficos indicadores de riesgo como el sexo, la edad, la ocupación, el tipo de familia, la presencia de alguna enfermedad crónica y el consumo de sustancias (estos indicadores también son empleados para realizar comparaciones por grupos).

Se aplicó un pilotaje del cuestionario a 54 adultos jóvenes de Heredia que cumplen con las mismas características que los empleados en la muestra representativa para medir la confiabilidad, la cual en un inicio arrojó para 72 preguntas un coeficiente alfa de Cronbach del 69,2%, de allí que se eliminaron 9 preguntas (mecanismo para mejorar la consistencia interna del instrumento de recolección de datos) que presentan un coeficiente de discriminación negativo, logrando con ello una confiabilidad de 81,6% para 63 preguntas.

Para comprender más a fondo la estructura conceptual del cuestionario FPCS se muestra el siguiente cuadro⁵.

3. Siendo este el grupo etario que muestra una mayor incidencia de suicidios en Costa Rica en los últimos años

4. Para efectos de accesibilidad a esta población se toma como estrategia abordar estudiantes, ya sea de cursos técnicos o de bachillerato por madurez, considerando como posible factor protector el mantenerse en el sistema educativo tradicional; teniendo en cuenta que este tipo de estudiantes han experimentado algún rezago en sus estudios, o que desertaron del sistema educativo en un determinado momento. A la vez, esta estrategia empleada permite tener una mayor cobertura y representatividad de las zonas de Heredia dado que, estas instituciones reciben estudiantes provenientes de diferentes cantones de la provincia (Santo Domingo, San Rafael, Barba, Santa Bárbara, Flores, Belén, San Pablo, San Isidro).

5. Nota: definición de los factores en estudio con su respectiva caracterización y dirección positiva o negativa con respecto a las preguntas del cuestionario FPCS.

CUADRO 1.
Definición y caracterización de los factores en estudio

CONCEPTUALIZACIÓN DE FACTORES	CARACTERIZACIÓN DE FACTORES
<p>Desesperanza Según Toro, Grajales y Sarmiento (2016):</p> <p>Es fundamentalmente una creencia según la cual se considera un futuro no viable y de problemas que nunca se podrán resolver, donde la persona percibe una imposibilidad de lograr algo en el presente o el futuro, además de constantes imposibilidades, lo cual genera resignación y abandono de ambiciones y sueños. (p. 446)</p>	<p><i>Caracterizada por: resignación forzada (L+), pesimismo (L+), visualización negativa del futuro (L+), imposibilidad al cambio (L+), frustración (L+), inseguridad (L+), pensamiento negativo (L+) e inatención (L+).</i></p>
<p>Rigidez cognitiva Arciniega y González (2009) citados por Díaz, Rodríguez y Rico (2016, p.3) afirman que es “la inflexibilidad del individuo en pensar y la dificultad para aceptar ideas, perspectivas o métodos alternativos”.</p>	<p>Caracterizada por: fácil adaptación (L-), conducta anticipatoria (L-), poca tolerancia (L+), contrariedad (L+), flexibilidad mental (L-), complacencia (L-), perfeccionismo (L+), desilusión (L+), culpabilización (L+) y prejuicios (L+).</p>
<p>Salud mental Cabanyes y Monge (2017) resalta “es el equilibrio funcional de la actividad psíquica que llevaría al estado de bienestar psicológico [...] en las esferas afectiva, cognitiva y ejecutiva” (p.125).</p>	<p>Caracterizada por: actividad física (L+), angustia (L-), autoconcepto (L+), pérdida del sentido de vida (L-), fijación con la enfermedad (L-), participación social (L+), optimismo (L+), autoeficacia (L+), alimentación (+), maximización de los problemas (L-), atención médica (L+) y conflictos interpersonales.</p>
<p>Historia familiar Reyes (2010) “la historia familiar se ocupa del estudio de la familia, las relaciones sociales entre sus miembros, sus costumbres, cultura material, nivel de conciencia, integración interna y relaciones con la comunidad en un contexto histórico nacional e internacional”(p.31).</p>	<p><i>Caracterizada por: apoyo familiar (L+), experiencias en la niñez (L+), condición socioeconómica (L-), creencias familiares (L-), diálogo familiar (L+), clarificación (L+), herencia de enfermedades (L-), integración en eventos familiares (L+), integrantes del núcleo familiar (L+), adicciones (L-) y relaciones emocionales con respecto a la familia (L+).</i></p>
<p>Apoyo social En palabras de Barrera, Campos, Gallardo, Coral y Hernández, (2016) “la diversidad de comportamientos naturales de ayuda de los que los individuos son receptores en interacciones sociales, la ayuda tangible, interacción íntima, la guía, la retroalimentación y la integración social positiva” (p. 103).</p>	<p>Caracterizado por: preocupación de los allegados (L+), sostenimiento adecuado con el entorno personal (L+), aspecto afectivo (L+), empatía (L-), integración social (L+), interacción social (L+), actitud amistosa (L+), reciprocidad (L+), red de comunicación (L+), valoración propia (L+), aceptar ayuda (L+) y sentido de importancia (L+).</p>
<p>Eventos vitales Salvador (2013) expresa:</p> <p>Se entiende por suceso vital los hechos que son relevantes en la vida de las personas y que éstas reconocen como importantes para su cambio evolutivo [...] que pueden influir en sus comportamientos posteriores con otras personas o en la forma en que afrontan determinadas situaciones. (párr. 1)</p>	<p>Caracterizado por: noviazgo (L+), nacimiento (L+), religiosidad (L+), cambios de residencia (L+), logro académico (L+), viajes (L-), logro laboral (L+), crisis económica (L-), relación interpersonal (L+), problemas legales (L-) y conflictos familiares (L-).</p>

Fuente: elaboración propia, 2018.

Resultados

Como parte de los resultados se muestra a continuación el comportamiento de las personas participantes con respecto a los factores estudiados.

En el siguiente gráfico se logra visualizar sobre el primer factor psicológico y la distribución de frecuencias de los 492 participantes. La categoría de mayor incidencia corresponde a la moderada desesperanza con 41,9% de los participantes (206 sujetos de un total de 492), lo que implica que 4 de cada 10 sujetos se encuentran en esta condición, en segundo lugar aparecen en condición de baja desesperanza el 32,5% (160 sujetos) y le sigue la alta desesperanza un 17,1% de los participantes (84), lo que muestra una tendencia más hacia la baja.

GRÁFICO 1.
Distribución del factor desesperanza.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

En el segundo gráfico sobre el factor de rigidez cognitiva se presenta la distribución de frecuencias de los y las participantes. La condición de mayor incidencia corresponde a la moderada rigidez cognitiva con 49,2% de los participantes (242 sujetos de un total de 492), lo que implica que aproximadamente 5 de cada 10 sujetos se encuentren en esta categoría, en segundo lugar aparecen en condición de baja rigidez cognitiva el 23,2% (114 sujetos) y le sigue con alta rigidez cognitiva un 18,7% de los participantes (92), lo que indica una ligera tendencia más hacia la baja.

GRÁFICO 2.
Distribución del factor rigidez cognitiva.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

En el gráfico tres se puede observar la distribución del factor sobre salud mental, el cual se emplea a su vez como factor predictor y se exhibe la distribución de frecuencias de los participantes señalados. La cualidad de mayor incidencia corresponde a la moderada salud mental con 47,6% de los participantes (234 sujetos de un total de 492), lo que implica que alrededor de 5 de cada 10 sujetos se encuentren en esta condición, en segundo lugar aparecen en condición de baja salud mental el 23,8% (117 sujetos) y le sigue con alta salud mental un 22,4% de los participantes (110), lo que muestra una muy leve tendencia hacia la baja.

GRÁFICO 3.
Distribución del factor salud mental.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Con respecto al gráfico cuatro, el factor de historia familiar muestra que la categoría de mayor incidencia corresponde a favorable con un 41,5% de los participantes (204 sujetos de un total de 492), lo que implica que 4 de cada 10 sujetos se encuentren en esta condición, en segundo lugar aparecen en condición de medianamente favorable con 29,9% (147 sujetos) y le sigue muy favorable con un 19,7% de los participantes (97), esto constata valores positivos en torno a este factor. Cabe señalar que este mismo comportamiento de valores favorables a muy favorables ocurre también con los factores contextuales de apoyo social y eventos vitales, dejando entrever estos tres factores pueden coadyuvar o ser protectores frente al riesgo suicida.

GRÁFICO 4.
Distribución del factor historia familiar.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

En complementación a lo anterior y valorando la interacción entre los factores estudiados, se muestran las correlaciones con magnitudes y significancias relevantes, aunado a la identificación de casos que ejemplarizan dicha relación.

En lo respectivo al cálculo de las correlaciones de Pearson se constata una asociación lineal positiva y significativa entre desesperanza y rigidez cognitiva de un 55,6% (significancia del 1%) permitiendo afirmar la hipótesis de que participantes en condiciones altas o muy altas en desesperanza se relacionaran con condiciones altas o muy altas en rigidez cognitiva, así como, cuando alguno de estos mismos factores muestre condiciones bajas o muy bajas, el otro mostrará un comportamiento similar. Este aspecto se puede ilustrar en el cuadro 2 donde se evidencia los sujetos que cumplen con dicha condición⁶.

6. Nota: incidencia de casos desde la relación entre los factores desesperanza y rigidez cognitiva.

CUADRO 2.
Desesperanza vrs Rigidez Cognitiva

RECuento		RIGIDEZ COGNITIVA					TOTAL
		Muy baja	Baja	Moderada	36-41	Muy alta	
Desesperanza	Muy baja	12	18	6	0	0	36
	Baja	7	62	72	19	0	160
	Moderada	4	26	127	42	7	206
	Alta	1	8	37	28	10	84
	Muy alta	0	0	0	3	3	6
Total		24	114	242	92	20	492

Fuente: Calvo, 2014.

Al contemplar tanto las condiciones altas y muy altas en la relación entre estas variables se logra observar que 44 participantes que es igual al 8,94 % cumplen el supuesto. Lo que permite predecir que aproximadamente 9 de cada 100 sujetos tenderán a esta conducta relacionada. De forma similar pasa con los casos que tiendan a presentar tanto las dos variables en condición baja o muy baja, mostrando en conjunto 99 de los participantes (20,12%), implicando que 20 de cada 100 tienden a mostrar dicha relación.

Otra de las correlaciones que arroja datos de interés para la presente investigación corresponde la desesperanza con la salud mental positiva, con un índice de -53,7% (significa el 1%) siendo favorable y significativo para explicar la relación entre dos variables de naturaleza opuesta, lo cual permite afirmar que cuando la rigidez cognitiva manifiesta condiciones bajas o muy bajas, la salud mental mostrará condiciones favorables o muy favorables en quienes participan, o en otro escenario, cuando la rigidez cognitiva muestre condiciones altas o muy altas, la salud mental manifestará condiciones desfavorables o muy desfavorables. De igual forma se ilustra por medio del cuadro 3 la distribución de los casos que cumplen con estos enunciados.

CUADRO 3.
Desesperanza vrs Salud Mental⁷.

RECuento		SALUD MENTAL					TOTAL
		Muy baja	Baja	Moderada	36-41	Muy alta	
Desesperanza	Muy baja	0	1	10	19	6	36
	Baja	0	20	82	55	3	160
	Moderada	7	56	113	29	1	206
	Alta	11	38	28	7	0	84
	Muy alta	3	2	1	0	0	6
Total		21	117	234	110	10	492

Fuente: Cátedra de Psicología, 2018.

Al analizar las condiciones altas y muy altas a nivel de desesperanza y a nivel de salud mental las muy bajas y bajas, se puede observar que esta conjunción la cumplen 54 de los participantes o lo mismo que el 11 % cumplen el supuesto (cuando aumenta una disminuye la otra y viceversa). Lo que permite predecir que aproximadamente 11 de cada 100 sujetos tenderán a esta conducta en conjunto. De forma similar pasa con los casos que presentan condiciones muy bajas y bajas en desesperanza, y alta y muy altas en cuanto a salud mental, este comportamiento lo presentan 83 de los participantes (16,8%), involucrando a 20 de cada 100 con la tendencia a mostrar dicha relación.

En lo referente a los factores contextuales de la salud mental, el más sobresaliente es el apoyo social con un 58,6%, le sigue la historia familiar con un 50,4% (ambas con un significancia del 1%). Destaca que hacia donde se cumple la relación es cuando hay puntuaciones altas o muy alta en ambos factores, o favorables y muy favorables (98 de los participantes), no así cuando hay puntuaciones bajas o muy bajas, incidiendo este comportamiento en el 20% de los participantes o lo mismo que 20 de cada 100, sobre un total de 492 sujetos de la muestra. Eso se ve ilustrado en el cuadro 4.

7. Corresponde a la incidencia de casos desde la relación entre los factores Desesperanza y Salud Mental.

CUADRO 4.
Desesperanza vrs Historia Familiar⁸.

RECuento		HISTORIA FAMILIAR					TOTAL
		Muy baja	Baja	Moderada	36-41	Muy alta	
Salud Mental	Muy baja	2	6	9	3	1	21
	Baja	3	17	57	32	8	117
	Moderada	5	8	62	116	43	234
	Alta	0	3	18	51	38	110
	Muy alta	0	0	1	2	7	10
Total		10	34	147	204	97	492

Fuente: Catedra de Psicología, 2018.

En tanto que entre los factores contextuales se dan las siguientes correlaciones, la historia familiar y el apoyo social se relacionan en un 75,2%, la historia familiar con los eventos vitales en un 59,4% y el apoyo social con los eventos vitales en un 61,6% (las tres con una significancia del 1%). Esto se ve apoyado por la tendencia hacia puntuaciones positivas (los connota como factores protectores), cabe destacar en el primero la condición de favorable como la de mayor incidencia, con una tasa de 40 de cada 100 participantes. En consecuencia con aspectos predictivos se muestran las comparaciones grupales que expresan diferencias significativas, para lo cual se utilizaron pruebas paramétricas y no paramétricas partiendo del cumplimiento o no de la homogeneidad de la varianza y la normalidad de la muestra.

A continuación se muestran las gráficas que reflejan las diferencias significativas por grupos encontrados.

El gráfico cinco muestra las diferencias significativas entre el factor salud mental y la edad de los participantes (se destaca esta comparación por grupos, dado que, la prueba de ANOVA de un factor arrojó una significancia de $0,014 < \alpha < 0,05$).

8. Corresponde a la incidencia de casos desde la relación entre los factores Desesperanza y Salud Mental.

GRÁFICO 5.
Comparación del factor salud mental, según edad.

Fuente: Catedra de Psicología, 2018.

La mayor cantidad de sujetos participantes se encuentran distribuidos entre las edades de 18 a 21 y de 22 a 26, cabe destacar que el comportamiento en el primer rango de edades tiene una inclinación de lo moderado hacia abajo, 128 de ellos en condición moderada, 66 en condición baja, que corresponde al 24,8% del total de grupo etario (266 participantes o lo mismo que el 54% de la muestra), y a un 13% sobre el total de la muestra de 492 participantes y 15 en condición muy baja. También puede entenderse que 25 sujetos de cada 100 entre estas edades tenderá a presentar baja salud mental, extrapolándolo a la muestra implicarían 13 de cada 100 sujetos. Para el caso en el segundo rango de edad, hay un equilibrio de lo moderado hacia lo bajo o lo alto. Si cabe destacar que, sujetos en este otro grupo etario en condición baja representan también a un 25% del mismo (37 de 148) y con relación a la muestra un 7,5% (25 de cada 100 dentro de su grupo etario y 7 de cada 100 con respecto a la muestra).

El gráfico seis muestra las diferencias significativas entre el factor desesperanza y la edad de los participantes (se destaca esta comparación por grupos dado que la prueba de Kruskal Wallis arrojó una significancia de $0,007 < \alpha < 0,05$):

GRÁFICO 6.
Comparación del factor desesperanza según edad.

Fuente: Catedra de Psicología, 2018.

Los participantes que muestran una mayor frecuencia se encuentra entre los 18 y 21 años, con 266, donde las condiciones de desesperanza en su mayoría están en la condición moderada con 119 sujetos, el 44,7% de este grupo etario (un aproximado de 4 de cada 10 sujetos en esta condición), y de la totalidad (492) un 24%, y entre bajo y alto, no hay diferencias tan marcadas dado que la baja corresponde a 76 sujetos lo que implica el 28% y la alta con 56 participantes el 21% de este grupo etario. En el caso de las edades entre 22 y 26 años, la diferencia entre moderado y bajo es poca con 59 de los participantes que incide en un 39,8% del total de 148 participantes y en baja 54 con un 36,4% de este grupo etario. La tendencia de otros grupos etarios, el de edades entre los 27 y 31 años (66 sujetos) y 32 o más años (12 sujetos), son similares al grupo anterior, aunque con un número inferior de participantes.

El gráfico siete muestra las diferencias significativas entre el factor desesperanza y la religiosidad de los participantes (se destaca esta comparación por grupos dado que la prueba U de Mann Whitney arrojó una significancia de $0,02 < \alpha < 0,05$).

GRÁFICO 7.
Comparación del factor desesperanza vrs religiosidad.

Fuente: Catedra de Psicología, 2018.

Las diferencias significativas giran en torno a los que presentan condiciones bajas en cuanto a la desesperanza y que practican algún tipo de religiosidad incidiendo en 102 de los participantes y 22 en muy baja (42% del total de 296), por su parte los que no practican la religiosidad manifiestan 58 casos en la baja y 14 en muy baja desesperanza (36,7% de un total de 196). Con respecto a puntuaciones altas y muy altas en desesperanza hay un incidencia de 55 participantes indistintamente de la práctica o no de religiosidad, sin embargo, para la primera representa el 18,5% del total de 296 y para el segundo grupo un 28% del total de 196 participantes.

Discusión

En cuanto al comportamiento de las personas adultas-jóvenes participantes con respecto a factores psicológicos y contextuales asociados al riesgo suicida, queda constatado que en los factores de riesgo psicológico el que presenta mayor incidencia es la alta rigidez cognitiva mostrando una tasa de 19 por cada 100 sujetos participantes. La siguiente afirmación pone acento en los datos anteriores, al señalar como una idea fundamental “la percepción de insolubilidad de los problemas que presentan tanto jóvenes como niños suicidales” (Gómez, 2012, p.609). A ello le sigue otro factor de riesgo psicológico como la alta desesperanza con una tasa de 17 de cada 100 sujetos. Este mismo autor exalta para este otro factor psicológico su valor predictivo a largo plazo y que caracteriza a quienes intentaran suicidarse o que logren consumir dicho acto.

La importancia de estos dos factores para la predicción del riesgo suicida es elocuente en diversos antecedentes de investigación y en las propuestas teóricas que explican este fenómeno, lo que hace para

esta investigación no despreciar la tasa de incidencia mencionada, más allá de no ser los porcentajes de mayor suceso en las distribuciones presentadas en los resultados, ya que las mismas expresan su mayor incidencia en un 49,19 % en moderada rigidez cognitiva y un 41,87 % en moderada desesperanza. Cabe mencionar la periodicidad en la que puede caer la población en estudio al ser estos porcentajes proclives de convertirse a una alta incidencia, más si coadyuva un factor como la salud mental, aspecto que se retoma en un posterior párrafo. Resignarse a lo irresoluble de la vida y el no vislumbrar alternativas son dos contenidos esenciales que guardan las definiciones de los factores escrutados, lleva a la reflexión respecto al cuidado de la vida en lo concerniente a la relación consigo mismo y en la relación con la Otredad (desde los subsistemas a los suprasistemas); lo que traslada el puntero hacia factores contextuales que se pronuncian en esta investigación.

En cuanto a un factor protector y predictor (función dentro de la investigación) como la salud mental, el hecho de que muestre una ligera incidencia hacia la baja con una tasa de 24 sujetos de cada 100 en esta condición, habla de la vulnerabilidad latente en este grupo etario (18 a 40 años) y deja entrever la relación de estos resultados con los de suicidios expuestos por diferentes antecedentes de este trabajo, lo que corrobora el hecho de situar a las edades entre 20 y los 40 años como las de mayor incidencia de suicidio en Costa Rica.

La desesperanza y rigidez cognitiva muestran una correlación del 55,6%, vinculando tanto bajas y muy bajas puntuaciones, así como altas y muy altas puntuaciones en ambos factores, expresándose una tasa de 9 de cada 100 sujetos con este comportamiento. Otra de las correlaciones relevantes y que contemplan a dos de los factores hasta ahora mencionados es la desesperanza con la salud mental (-53,7%), coparticipando altas o muy altas puntuaciones en la desesperanza y bajas o muy bajas puntuaciones en la salud mental, derivando de ello que 11 de cada 100 sujetos muestren este comportamiento compartido. Estos vínculos los explican Corona, Hernández y García (2016) al indicar que la presencia de desórdenes en la salud mental gira en torno a trastornos como la depresión y en particular a un factor como la desesperanza, y por ello revelan que, el 90% de los suicidios están relacionados con enfermedades mentales.

En lo referente a los factores contextuales con respecto a la salud mental, la correlación más sobresaliente es con el apoyo social en un 58,6%, le sigue la historia familiar con la salud mental en un 50,4%. Destaca que hacia donde se cumple la relación es cuando hay puntuaciones altas o muy alta en ambos factores, no así cuando hay puntuaciones bajas o muy bajas, incidiendo este comportamiento en el 20% de los participantes o lo mismo que 20 de cada 100, sobre un total de 492 sujetos de la muestra. Más allá de que la salud mental no muestre una correlación fuerte con el factor de eventos vitales (43,9%), cabe mencionar que éste mantiene fuertes correlaciones con los otros dos factores antes mencionados (y entre ellos mismos), entre el 60% y el 75%, situación que desde las distribuciones hasta las correlaciones los connota como factores protectores. Para Castillo y Maroto (2017) factores sociales como los problemas familiares o situaciones vitales, en particular problemas económicos o la falta de empleo tienen un peso igual o superior que los factores que tradicionalmente se han empleado como predictores o de riesgo del suicidio (trastornos mentales). Este aspecto en particular debe de abrir paso a una visión más integral del fenómeno del suicidio, no focalizarse solo en aspectos hacia lo interno del sujeto, sino abordarlo también desde su construcción social, ampliando el panorama hacia sus relaciones vitales y su espiritualidad como aspecto que reivindica su vida, su ser y la de Otros.

En lo que respecta a las diferencias significativas por grupos lo más destacado remite a la salud mental, según grupos etario de los 18 a los 21 años que muestra una tendencia de lo moderado (25 de cada 100 participantes) hacia abajo (13 de cada 100 participantes), concordando con datos de la OPS (2018) donde el suicidio está entre la tercera cuarta causa de muerte en edades que comprenden este grupo etario indicado. La otra comparación grupal que arroja diferencias significativas en un 5,3% más de casos con baja y muy baja desesperanza, es cuando el sujeto practica alguna religión y cuando no la práctica, y un 9,5% más alta o muy alta desesperanza cuando no hay alguna práctica religiosa y cuando si la hay. Este resultado es apoyado por Bobes, Giner y Saiz (2011) al indicar que un factor que protege (como recurso de resistencia) frente al suicidio es la presencia de creencias religiosas que desaprueban este acto.

En fin, el entretejido que se genera entre factores de riesgo o protectores asociados al riesgo suicida (que también se definen o clasifican por su forma de evaluación) puede dar mayor relevancia a unos o a otros.

Para los resultados de esta investigación han preponderado factores personales o psicológicos como la edad y la práctica de una religión, así como, la desesperanza o la rigidez cognoscitiva, a su vez, la historia familiar como factor contextual; los mismos en perspectiva a un factor predictor como la salud mental.

Las reflexiones, los debates o disertaciones se decantan y aparentan seguir suscitándose frente a un fenómeno que se mantiene en constante aumento y debe ser estudiado con detalle y mucho cuidado.

Referencias Bibliográficas

- Arciniega, L. y González, L. (2009). *Validation of the Spanish-language version of the resistance to change scale. Personality and Individual Differences*. ScienceDirect, 46(2), 178–182.
- Barrera, L., Campos, M., Gallardo, K., Coral, R., y Hernández, A. (2016). Soporte social percibido por las personas con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares en cinco macro regiones geográficas de Colombia. *Revista Universidad y Salud*, 18(1), 102-112. Recuperado de <https://bit.ly/2SJgOuC>
- Billi-Brahe, U. (1998). *Suicidal Behaviour in Europe: The Situation in the 1990's*. Copenhagen, Dinamarca: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2SFRgyh>
- Bobes, J., Giner, J., y Saiz, J. [Eds.]. (2011). *Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid, España: Editorial Triacastela.
- Castillo, C., y Maroto, A. (2017). El suicidio desde un enfoque psicosocial y de salud comunitaria: Los resultados del diagnóstico en Santa María de Dota. *Anuario de estudios centroamericanos*, 43, 447-472.
- Cabanyes, J y Monge, M. Á. [Eds.]. (2017). *La salud mental y sus cuidados* (4a. ed.). Navarra, España: Ediciones Universidad de Navarra, S.A. [EUNSA]. Recuperado de <https://bit.ly/2SEWbj6>
- Corona, B., Hernández, M., y García, R. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgo y protectores. *Revista Habanera de Ciencias médica*, 15(1), 90-100. Recuperado de <https://bit.ly/2t9SoQt>
- Díaz, P., Rodríguez, R., y Rico, A. (2016). *Definición y operativización de la intransigencia*. Madrid, España: Universidad Rey Juan Carlos. Recuperado de <https://bit.ly/2SGMRcl>
- Echeburúa, E. (2015). Múltiples caras del suicidio en la psicología clínica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117-126. Recuperado de <https://bit.ly/2SXIaOm>
- García, J. y Barrantes, B. (2017). ¿Que sabemos del suicidio de adultos en Costa Rica? características sociodemográficas y factores de riesgo. *Revista Pensamiento Actual*, 17(28), 160 – 173. Recuperado de <https://bit.ly/2IUCKTN>
- Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: Enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 607-615. Recuperado de <https://bit.ly/2Tke2kN>
- Instituto Nacional de Estadística y Censo [INEC]. (2012). *X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda: Indicadores provinciales*. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de Estadística y Censo. Recuperado de <https://bit.ly/2HdIDcl>
- Instituto Nacional de Estadística y Censo [INEC]. (2015). *Indicadores Demográficos Cantonales 2013*. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de Estadística y Censo. Recuperado de <https://bit.ly/2OnMF5Z>

- Ministerio de Educación Pública [MEP]. (2018). *Protocolo de atención a la población estudiantil que presenta lesiones autoinfligidas y/o en riesgo por tentativa de suicidio* [1era Edición]. San José, Costa Rica: Dirección de Vida Estudiantil. Recuperado de <https://bit.ly/2UjSkxF>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Madrid, España: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Recuperado de <https://bit.ly/22ame0Z>
- Ministerio de Salud. (2014). *Costa Rica vigila los intentos de suicidio por primera vez desde el 2013*. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2Hg3dZr>
- Navas, W. (2013). Abordaje del suicidio en atención primaria. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, LXX(606), 219-225. Recuperado de <https://bit.ly/2C8r1v3>
- Organismo de Investigación Judicial [OIJ]. (2018). *OIJ advierte sobre elevado número de suicidios en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Delfino.CR. Recuperado de <https://bit.ly/2ThIBYe>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Suicidio*. Recuperado de <https://bit.ly/2trJUV0>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2014). Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe Regional. Washington D.C., Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2qM5dQ1>
- Poder Judicial. (2017). *Causas de Muerte 2015-2016*. Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal, San José, Costa Rica.
- Reyes, J. (2010). *La historia familiar y comunitaria como vía para el aprendizaje de la historia nacional y de la vinculación del alumno de secundaria básica con su contexto social*. [Tesis doctoral]. Instituto Superior Pedagógico “Enrique José Varona”, Facultad de Humanidades, Departamento de Historia. Recuperado de www.eumed.net/tesis/2010/jjrg/
- Salvador, M. (2013). *Investigación sobre sucesos vitales como marco de referencia para el cambio evolutivo*. Recuperado de <https://bit.ly/2IOydlF>
- Toro, R., Grajales, F., Sarmiento, J. (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
- Vargas, M y Espinoza, K. (2017). Suicidios en Costa Rica entre el año 2015 y 2016. *Medicina legal de Costa Rica*, 34(1), 1-16. Recuperado de <https://bit.ly/2EAmphC>