



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultat de Psicologia

TRABAJO DE FIN DE GRADO

¿Es suficiente la inteligencia emocional presente en población universitaria como factor protector frente a la sintomatología depresiva e ideación suicida?

Laura Riera López

Grau de Psicologia

Any acadèmic 2018-19

DNI de l'alumne: 43227691L
Treball tutelat per Francisco Javier Perez Pareja
Departament de Psicologia

S'autoritza la Universitat a incloure aquest treball en el Repositori Institucional per a la seva consulta en accés obert i difusió en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Paraules clau del treball:

Depresión, ideación suicida, inteligencia emocional y población universitaria

RESUMEN

La etapa universitaria hace referencia a un periodo en el que los jóvenes deben hacer frente a situaciones estresantes y donde pueden aparecer signos psicopatológicos como depresión y, consecuentemente, ideación suicida. Distintas estrategias han sido consideradas como factores de protección e indicadores de bienestar psicológico, como puede ser la inteligencia emocional. En este estudio se analiza la relación existente entre depresión y ideación suicida con las habilidades en inteligencia emocional de población universitaria. También se analiza la posible existencia de diferencias entre sexos y entre curso académico (1r curso y 3r curso). Se administraron la Escala de Ideación Suicida de Beck, el Traid Meta Mood Scale-24 y el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados muestran que no existe relación entre dichas variables exceptuando la relación entre depresión y ideación suicida. Tampoco existen diferencias entre sexos ni entre el curso académico.

ABSTRACT

The university stage refers a period in which young people have to cope with stressful situations and where psychopathological signs such as depression and, consequently, suicidal ideation can appear. Different strategies have been considered as protective factors and indicators of psychological well-being, such as emotional intelligence. In this study, is analysed the relationship between depression and suicidal ideation with the emotional intelligence skills in university population. Also, we investigate the possible existence of gender differences and academic years differences (1st year and 3rd year). The Beck Suicidal Ideation Scale, the Traid Meta Mood Scale-24 and the Beck Depression Inventory were administered. The results show that there isn't a relationship between these variables except the between depression and suicidal ideation. Moreover, there aren't differences between the sexes or academic year.

ÍNDICE

1. Introducción	pág 4
• Objetivos.....	pág 7
• Hipótesis.....	pág 7
2. Metodología.....	pág 8
• Muestra.....	pág 8
• Variables e instrumentos.....	pág 9
• Procedimiento.....	pág 10
3. Resultados.....	pág 11
4. Conclusiones y discusión.....	pág 19
5. Referencias Bibliográficas.....	pág 24
6. Anexos.....	pág 29

1. INTRODUCCIÓN

La etapa de la adolescencia y la edad adulta temprana es el momento en que los jóvenes aprenden a hacer frente al estrés, desarrollan competencias, valores, actitudes y redes sociales necesarias para tener una transición exitosa a la adultez (Zarrett y Eccles, 2006; Jessor, Donovan y Costa, 1994). La salud mental de los jóvenes universitarios puede sufrir alteraciones debido a periodos de cambio tales como el logro de la autonomía social-económica, la consolidación de la carrera universitaria, el modelamiento de la identidad, el establecimiento de relaciones de compromiso o conflictos familiares. (Caballero, Palacio & Hederich, 2012; Rice, 1997). Estar expuesto a periodos estresantes o problemáticos permite distinguir diversos estilos de respuesta que están determinados por los recursos personales que tiene el estudiante. (Augusto-Landa, López-Zafra, & Pulido-Martos, 2011; Paris & Omar, 2009). Una carencia en los recursos psicológicos como pueden ser estrategias de afrontamiento, resiliencia, compromiso, optimismo, esperanza o inteligencia emocional puede llevar a la aparición de signos psicopatológicos. (Barrios, Sánchez & Salamanca, 2013; Yescas, Asencio, Vargas, Barbosa & Lugo, 2013; Pavez, Mena & Vera-Villarreal, 2012; Suárez & Mendoza, 2014; Quiceno, Mateus, Cardenas, Villareal & Vinaccia, 2013).

El suicidio esta considerado como un problema de salud pública resultado de la interacción de múltiples factores personales, contexto social familiar y del sistema social (Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu & Martínez, 2010). Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2017), el suicidio se mantiene como la primera causa de muerte externa en España con 3.679 fallecimientos siendo un 3,1% mayor que en 2016. Las cifras muestran que se suicidan 10 personas al día siendo una conducta mas frecuente en hombres (75,22%) que en mujeres (24,78%). Es un fenómeno que raramente se da antes de la pubertad y a medida que avanzamos en edad las tasas de suicidio son más altas en prácticamente todas las regiones del mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), definió, en 1986, el suicidio como *“un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”*. Actualmente, el suicidio se mueve a lo largo de un continuo de diferente naturaleza y gravedad que va desde la ideación suicida (idea de muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente

(amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado) (Guía Práctica de la conducta suicida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012). La ideación suicida hace referencia a un concepto que refleja un conflicto interno, a pensamientos de carácter autoagresivo, que pueden variar en frecuencia, intensidad y duración y que esta íntimamente relacionado con la depresión y la desesperanza. Diferentes modelos intentan explicar los factores que influyen en su aparición agrupándose en dos grandes categorías; orientadas a factores intrapsíquicos o fisiológicos y las orientadas a factores psicosociales (Mondragón, Borges & Gutiérrez, 2001). Respecto a las investigaciones orientadas a los factores intrapsíquicos, encontramos a Clum, Patsiokas y Luscomb (1979), para quienes la ideación y riesgo suicida se incrementan cuando una persona con baja capacidad de enfrentamiento o rigidez cognoscitiva vive situaciones estresantes que le producen sentimientos de depresión, desesperanza y conductas suicidas. En referencia a los estudios orientados a factores psicosociales, Mondragón *et al.* (1998), encontró que la ideación suicida esta relacionada estrechamente con la desesperanza. Así como aumentaron los niveles de desesperanza, se incrementaron seis veces la posibilidad de presentar ideación suicida (Eguiluz, Córdova & Rosales, 2009).

Consecuentemente, la ideación suicida está íntimamente relacionada con la depresión. Así como se describe en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), puede definirse como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e importancia frente a las exigencias de la vida), que se acompaña de una reducción de la actividad intelectual, física, social y ocupacional. Además, se caracteriza por la pérdida del interés y/o del placer en casi todas las actividades que realizaba el individuo y estas manifestaciones deben estar presentes, al menos, durante dos semanas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), este trastorno afecta a, aproximadamente, 121 millones de personas en el mundo y enfatiza que 1 de cada 5 personas podrá desarrollarla en algún momento de su vida siendo para las mujeres más del doble que para los hombres, 5.62% frente a un 2.15% (Haro et al., 2006). En estudiantes universitarios los datos de prevalencia oscilan entre el 37.4% para síntomas depresivos (Arrieta, Díaz y González, 2013), 29.9% para depresión leve, 14.2% para depresión moderada y 3.2% para depresión severa (Gutiérrez et al., 2010).

Diversas investigaciones han puesto sobre la mesa el papel protector que proporciona la inteligencia emocional ante conductas de autolesión incluyendo el suicidio consumado, intento e ideación suicida. Fernandez-Berrocal y Pacheco (2002), explican en que consiste el modelo de habilidad de Mayer y Salovey que define la Inteligencia Emocional (IE) como *“la habilidad de las personas para atender y percibir los sentimientos de forma apropiada y precisa, la capacidad para asimilarlos y comprenderlos de manera adecuada y la destreza para regular y modificar nuestro estado de ánimo o el de los demás”*. Este modelo implica cuatro grandes componentes:

- Percepción y expresión emocional: consiste en reconocer de forma consciente nuestras emociones e identificar qué sentimos y ser capaces de darle una etiqueta verbal.
- Facilitación emocional: es la capacidad para generar sentimientos que faciliten el pensamiento.
- Comprensión emocional: integrar lo que sentimos dentro de nuestro pensamiento y saber considerar la complejidad de los cambios emocionales.
- Regulación emocional: dirigir y manejar las emociones tanto positivas como negativas de forma eficaz.

De este modo, un estudio europeo comparó los componentes de la IE en 60 participantes agrupados en pacientes suicidas (intento de suicidio en los últimos tres días) y una muestra no clínica. Los resultados demostraron diferencias significativas entre los grupos en resolución de problemas, felicidad, tolerancia al estrés y autorrealización. Los autores concluyeron que los programas de educación de IE pueden ser relevantes para la reducción del riesgo del comportamiento suicida en la población joven (Ahmadian, Shamshiri, Badvee & Homayouni, 2009). Otra investigación realizada en Colombia a estudiantes de psicología de una universidad estatal indicó adecuadas habilidades de IE en la muestra general, 5,1% de estudiantes con ideación suicida y una asociación negativa entre ideación suicida y reparación emocional. (Ceballos & Suárez, 2012). En conclusión, los individuos ante una misma adversidad no aprecian, entienden y responden de la misma manera, por lo que la inteligencia emocional podría considerarse como la habilidad y/o competencia que explique dichas diferencias. (Caballero, Suárez & Bruges, 2015).

Es esencial tener en cuenta que la Inteligencia Emocional esta asociada con el bienestar psicológico, menor sintomatología depresiva y ansiosa y menor tendencia a

tener pensamientos intrusivos (Fernández-Berrocal, Extremera & Ramos, 2003), menor estrés (Extremera, Duran & Rey, 2007), una reducción de conductas problemáticas como la violencia, impulsividad, conductas de riesgo para la salud, las adicciones a drogas, tabaco o alcohol (Ruiz-Aranda, Fernandez-Berrocal, Cabello & Extremera, 2006). Por otro lado, su ausencia esta asociada a la soledad, miedo, frustración, culpa, inestabilidad, desacuerdo, resentimiento y el fracaso. Los individuos con falta de habilidades en inteligencia emocional no se sienten reconocidos, manejan excesiva represión o sobreexpresión emocional, muestran ira cuando es contraproducente en una situación y permanecen irritables y hostiles. Estas conductas constituyen factores de riesgo para desarrollar cualquier forma de conducta suicida (Hein, 1996; Martínez-Pons, 1997; Mayer & Salovey, 1995; Salovey & Mayer, 1990; citados en Rodríguez, Sánchez, Valdivia & Padilla, s.f, p.5).

El presente trabajo se centra en analizar cuál es la situación actual en la Universitat de les Illes Balears (UIB) respecto la Inteligencia Emocional (IE), la sintomatología depresiva y la ideación suicida. Este estudio trata de ofrecer respuesta las siguientes preguntas.

Objetivos:

¿Es suficiente la inteligencia emocional presente en el alumnado universitario como factor protector de sintomatología depresiva y, consecuentemente, de la ideación suicida?

Además:

¿Existen diferencias entre inteligencia emocional, sintomatología depresiva y ideación suicida según el género?

¿Existen diferencias en la inteligencia emocional, sintomatología depresiva y ideación suicida según el curso académico que está realizando el participante?

Hipótesis:

La hipótesis planteada es que existe, en población universitaria, una carencia de habilidades de inteligencia emocional relacionándose con una elevada sintomatología depresiva y un patrón de ideación suicida elevado. Se considera que la primera (IE) puede actuar como un elemento moderador de la segunda y la tercera.

Por otro lado, una inadecuada inteligencia emocional durante el primer curso universitario aumenta la probabilidad de ideación suicida respecto a cursos superiores.

Finalmente, la prevalencia de ideación suicida será mayor en hombres que en mujeres ya que estos presentan mayor dificultad para identificar y gestionar las emociones.

2. METODOLOGÍA

Muestra

La muestra ha sido seleccionada mediante un muestreo no probabilístico, más en concreto, un muestreo de conveniencia (accidental) dependiendo de la disponibilidad de los participantes. De cada una de las ramas que ofrece la Universidad de las Islas Baleares (UIB), se seleccionaron al azar 11 grados universitarios; 2 de la rama de Arte y Humanidades (historia e historia del arte), 2 de Ciencias (biología y química), 2 de Ciencias de la Salud (psicología y enfermería), 2 de Ciencias Jurídicas (derecho y economía), 2 de Ciencias Sociales (educación primaria y trabajo social) y un grado de Ingeniería (ingeniería de electrónica industrial). Los criterios de inclusión para poder formar parte de la muestra fueron; alumnos/as matriculados/as en primer o tercer curso de los grados citados anteriormente y con edad comprendida entre 18 y 28 años.

La muestra total conseguida fueron 97 participantes de los cuales 9 de ellos fueron excluidos del estudio por no contestar el cuestionario de manera adecuada. Por lo tanto, la muestra está conformada por un total de 88 participantes (N=88), de los cuales 63 son mujeres (71,5909%) y 25 son hombres (28,4090%). En función al curso académico que están cursando, encontramos que 38 (43,1818%) de ellos están realizando primero de carrera y 50 (56,8181%) están cursando tercero de carrera.

En función al grado universitario que están realizando, encontramos:

- 2 participantes en Arte y Humanidades (2,2727%) siendo 1 del grado de Historia y 1 en Historia del Arte.
- 21 participantes en Ciencias (23,8636%), siendo 12 del grado de Biología y 9 en Química
- 13 participantes en Ciencias de la Salud (14,7727%), siendo 6 del grado de Psicología y 7 de Enfermería
- 22 participantes de Ciencias Jurídicas (25%), siendo 11 del grado de Derecho y 11 de Economía
- 26 participantes de Ciencias Sociales (29,5454%), siendo 14 del grado de Educación Primaria y 12 de Trabajo Social.

- 4 participantes de Ingeniería de Electrónica Industrial (4,5454%).

Finalmente, del total de participantes conseguidos, 9 de ellos (10,22%) obtuvieron puntuaciones en ideación suicida mientras que 79 (89,77%) no presentaron indicios de tentativa suicida. Los participantes con ideación suicida pertenecían; 3 a la rama de ciencias sociales (33,33%), 1 a la rama de arte y humanidades (11,11%), 1 a la rama de ciencias de la salud (11,11%) y 4 a la rama de ciencias (44,44%).

Variables e instrumentos

Las variables objeto de estudio que se van a analizar son: la sintomatología depresiva, la ideación suicida y la inteligencia emocional.

De este modo, los instrumentos utilizados para llevar a cabo el correspondiente estudio son los siguientes cuestionarios; el *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*, un auto informe que evalúa la presencia y gravedad de la depresión a partir de 13 años. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

La Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI), fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas, poner en la balanza varias dimensiones de auto destructividad, pensamientos o deseos. La SSI consta de 20 ítems que miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada ítem se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 40. Si la puntuación de los ítems (4) “Deseo de ‘intentar suicidarse’” y (5) “Intento pasivo de suicidarse”, es “0”, se omiten las secciones

siguientes y se suspende la entrevista, codificando como: “No aplicable”. En caso contrario, se sigue aplicando hasta el último ítem (Macip et.al, 2000).

Finalmente, encontramos el *Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)* donde la escala original es una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. Más en concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones, así como de nuestra capacidad para regularlas. El TMMS-24 contiene tres dimensiones claves de la Inteligencia Emocional con 8 ítems cada una de ellas; atención emocional, claridad de sentimientos y reparación emocional.

Procedimiento

Se trata de un estudio cuasi experimental, en el cual la obtención de los resultados se ha llevado a cabo mediante la pasación de los tres cuestionarios anteriormente descritos, los cuales los participantes contestaron de forma individual.

En primer lugar, se administró un consentimiento informado en el cual se explicaba en que consistía el estudio, la voluntariedad y el anonimato de participar, que podía desvincularse del estudio si lo encontraba oportuno y si deseaban ser informados de los resultados finales. Este documento debía firmarse y entregarse al investigador. Posteriormente, se proporcionaron unas instrucciones para que el participante entendiera como debía rellenar los datos y contestar los cuestionarios:

Instrucciones: En primer lugar, debe rellenar los datos que se exponen en la parte superior de esta hoja antes de iniciar la prueba. El código identificativo debe completarse con 3 letras y 2 números, los que usted desee (p.ej: las iniciales de su nombre y apellido y la fecha de nacimiento). La prueba consta de 3 cuestionarios individuales de una duración breve. Si durante la realización de los cuestionarios tiene alguna duda, pregunta y te la resolveremos encantados. ¡Muchas gracias por su participación!

Finalmente, en un ambiente adecuado, se contestaban los cuestionarios que evalúan las variables objeto de estudio.

Al finalizar la recogida de datos, consiguiéndose un total de 88 participantes, se procedió a realizar el análisis de datos. Inicialmente se construyó una base de datos mediante el programa *Microsoft Office Excel* donde se incluyeron los datos sociodemográficos y las respuestas en los cuestionarios. Posteriormente, se analizó la base de datos mediante el programa *IBM SPSS Statistics*.

3. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos por los 88 estudiantes pertenecientes a diferentes carreras de la Universitat de les Illes Balears (UIB). En primer lugar, se calcularon los estadísticos descriptivos de las diferentes variables evaluadas en el estudio mediante su respectivo instrumento. Podemos observar que la puntuación media en depresión evaluada mediante el Inventario de Depresión de Beck es de 9,47 (no presencia de sintomatología depresiva), la puntuación media de atención emocional es de 29,08 (adecuada), la de claridad emocional es de 25,82 (debe mejorar), la de reparación emocional es de 27,58 (adecuada) evaluada mediante el TMMS-24 y la puntuación media de ideación suicida evaluada con la Escala de Ideación Suicida de Beck es de 0,1023 (siendo 0 correspondiente a no ideación suicida) (*Tabla 1*).

Tabla 1

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación
Depresión	88	0	33	9,47	6,930
Atención Emocional	88	8	39	29,08	6,552
Claridad Emocional	88	12	40	25,82	6,793
Reparación Emocional	88	14	40	27,58	6,231
Ideación Suicida	88	,00	1,00	,1023	,30474

Además, se comprobó la distribución de las puntuaciones de las variables aplicando la prueba de Kolmogorov-Smirnov (ya que $n > 50$). En todas las variables objeto de estudio, la distribución sigue una tendencia normal en los datos siendo la significación superior a 0,05 ($p > 0,05$) (*Tabla 2*).

Tabla 2

Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov

	Estadístico	gl	Sig.
Depresión	,151	88	,078
Atención Emocional	,094	88	,055
Claridad Emocional	,065	88	,200
Reparación Emocional	,092	88	,062
Ideación Suicida	,529	88	,064

Posteriormente, se hizo uso de la prueba paramétrica *t de Student* para evaluar las diferencias entre las medias, se usó la *correlación de Pearson* para evaluar la relación entre las variables, y finalmente, se utilizó la *prueba Chi-Cuadrado* para observar las discrepancias entre los valores observados y los valores esperados.

En primer lugar, comparamos las medias de las puntuaciones obtenidas en las variables depresión y inteligencia emocional en función a la puntuación en ideación suicida mediante la prueba *t de Student*. En la Tabla 3. podemos observar como únicamente hay diferencias significativas en las medias entre depresión y la presencia o no de ideación suicida. A lo que se refiere a inteligencia emocional, las medias son muy próximas.

Tabla 3

Estadísticos de grupo

	Ideación Suicida	N	Media
Atención Emocional	,00	79	28,99
	1,00	9	29,89
Claridad Emocional	,00	79	25,87
	1,00	9	25,33
Reparación Emocional	,00	79	27,80
	1,00	9	25,67
Depresión	,00	79	8,86
	1,00	9	14,78

Al comparar las medias de los dos grupos, los resultados indican que hay diferencias estadísticamente significativas entre depresión y ideación suicida ($t=-2,499$; $p=0,014$) mientras que no existen diferencias estadísticamente significativas entre atención emocional y ideación suicida ($t=-0,389$; $p=0,698$), entre claridad emocional y ideación suicida ($t=0,225$; $p=0,823$) ni entre reparación emocional y ideación suicida ($t=-0,389$; $p=0,698$) (Tabla 4).

Tabla 4

Prueba T para la igualdad de media

	t	gl	Sig. (bilateral)
Atención Emocional	-,389	86	,698
Claridad Emocional	,225	86	,823
Reparación Emocional	,972	86	,334
Depresión	-2,499	86	,014

Consecuentemente, en función a la presencia o no de ideación suicida, distinguimos 79 participantes sin ideación suicida y 9 participantes con ideación suicida. De los participantes sin ideación suicida encontramos (*Gráfico 1*):

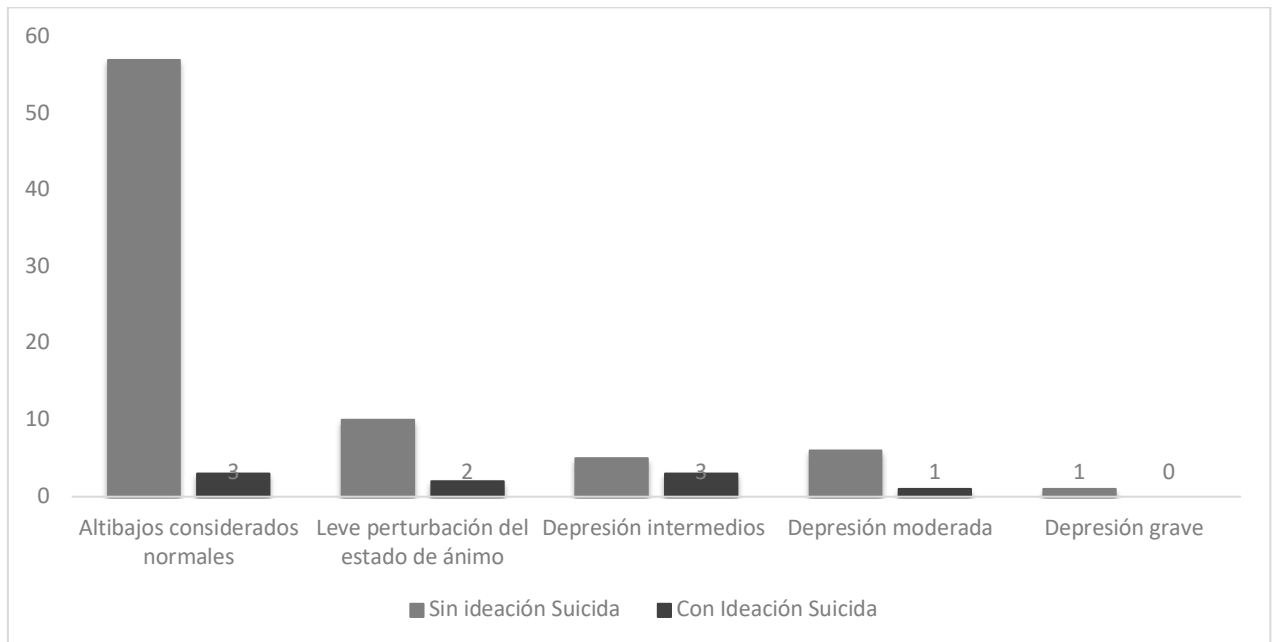
- 57 con altibajos considerados normales
- 10 con leve perturbación del estado de ánimo
- 5 con estados de depresión intermedios
- 6 con depresión moderada
- 1 con depresión grave

Asimismo, de los participantes que puntuaron en ideación suicida encontramos:

- 3 con altibajos considerados normales
- 2 con leve perturbación del estado de ánimo
- 3 con estados de depresión intermedios
- 1 con depresión moderada

Gráfico 1

Puntuación en depresión en función a ideación suicida.



De manera que, al analizar la relación entre ideación suicida y depresión no encontramos diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=9,048$; $p=0,060$). No obstante, el valor del grado de significación es muy cercano a 0,05 (*Tabla 5*).

Tabla 5*Pruebas de Chi-Cuadrado entre depresión y ideación suicida*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,048 ^a	4	,060
N de casos válidos	88		

Por otro lado, se evalúa la posible relación entre las variables de inteligencia emocional, evaluada en sus tres componentes, y la ideación suicida.

A. ATENCIÓN EMOCIONAL Y IDEACIÓN SUICIDA

Respecto a la relación entre atención emocional y ideación suicida vemos que de los 79 participantes que no presentan puntuaciones en ideación suicida 14 tienen poca atención emocional, 48 presentan una atención emocional adecuada y 17 presta demasiada atención a sus emociones. Por otro lado, en referencia a los 9 participantes que obtuvieron puntuaciones en ideación suicida vemos que 3 de ellos tienen poca atención emocional, 2 presentan una atención emocional adecuada y 4 presta demasiada atención a sus emociones.

Al analizar la relación entre atención emocional y ideación suicida evaluada mediante los cuestionarios TMSS-24 y SSI, no encontramos diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=4,911$; $p=0,086$) (Tabla 6).

Tabla 6*Prueba Chi-Cuadrado entre atención emocional y ideación suicida*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,911 ^a	2	,086
N de casos válidos	88		

B. CLARIDAD EMOCIONAL Y IDEACIÓN SUICIDA

Respecto a la relación entre claridad emocional y ideación suicida vemos que de los 79 participantes que no presentan puntuaciones en ideación suicida 32 deben mejorar su claridad emocional, 36 presentan una atención claridad adecuada y 11 tienen una excelente claridad emocional. Por otro lado, en referencia a los 9 participantes que obtuvieron puntuaciones en ideación suicida vemos que 3 de ellos deben mejorar su claridad emocional y 6 presentan una claridad emocional adecuada.

Al analizar la relación entre claridad emocional y ideación suicida evaluada mediante los cuestionarios TMSS-24 y SSI, no encontramos diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=2,111$; $p=0,348$) (Tabla 7).

Tabla 7

Prueba Chi-Cuadrado entre claridad emocional y ideación suicida

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,111 ^a	2	,348
N de casos válidos	88		

C. REPARACION EMOCIONAL Y IDEACIÓN SUICIDA

Respecto a la relación entre atención emocional y ideación suicida vemos que de los 79 participantes que no presentan puntuaciones en ideación suicida 22 deben mejorar la reparación emocional, 43 presentan una reparación emocional adecuada y 14 tienen una excelente reparación emocional. Por otro lado, en referencia a los 9 participantes que obtuvieron puntuaciones en ideación suicida vemos que 4 de ellos deben mejorar la reparación emocional y 5 presentan una adecuada reparación emocional.

Al analizar la relación entre reparación emocional y ideación suicida evaluada mediante los cuestionarios TMSS-24 y SSI, no encontramos diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=2,350$; $p=0,309$) (Tabla 8).

Tabla 8

Prueba Chi-Cuadrado entre reparación emocional y ideación suicida

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,350 ^a	2	,309
N de casos válidos	88		

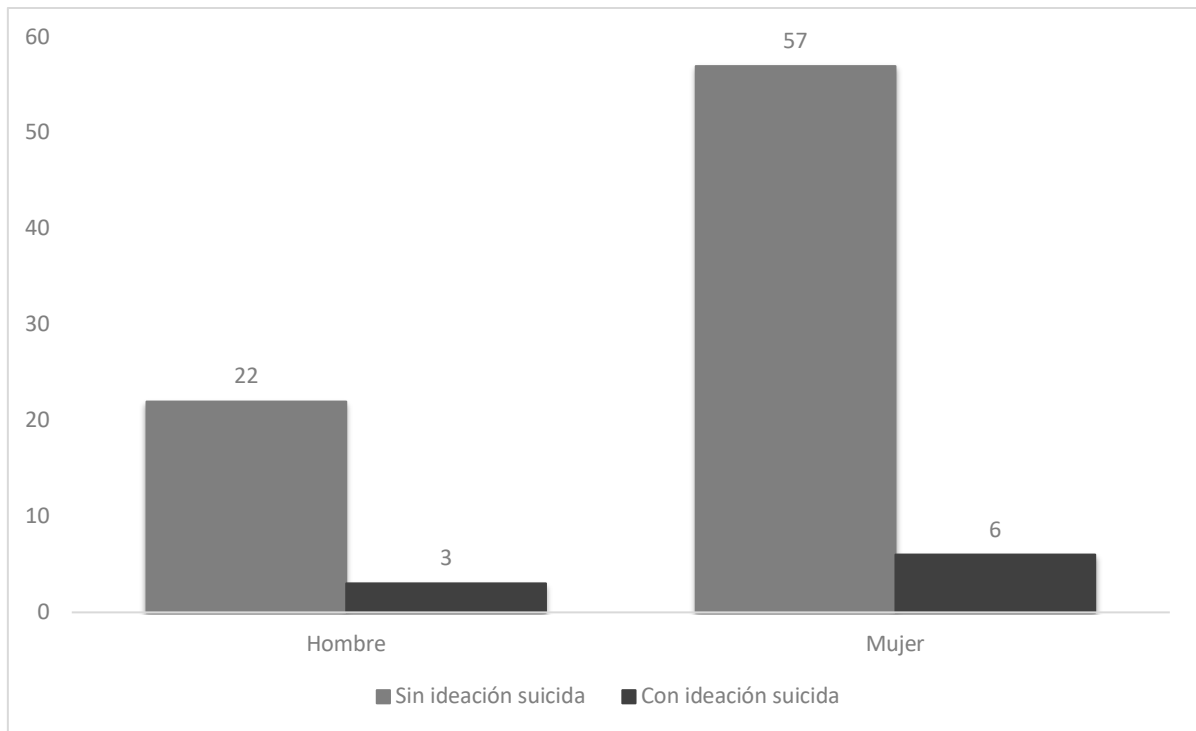
Asimismo, en la Tabla 9. se llevaron a cabo las pertinentes correlaciones de Pearson para determinar una posible relación entre las variables. Los resultados muestran que existe una correlación entre la variable ideación suicida y la variable depresión ($r=0,823$ y $p=0,003$) mostrando una relación estadísticamente significativa. Sin embargo, para el resto de las variables no existiría una relación entre ellas ya que la puntuación en el coeficiente de Pearson es muy cercano a 0.

Tabla 9*Correlación de Pearson*

		Ideación Suicida	Atención Emocional	Claridad Emocional	Reparación Emocional	Depresión
Ideación Suicida	Correlación de Pearson	1	-,176	,024	,340	,823**
	Sig. (unilateral)		,325	,476	,186	,003
	N	9	9	9	9	9
Atención Emocional	Correlación de Pearson	-,176	1	,133	-,094	-,054
	Sig. (unilateral)	,325		,108	,192	,307
	N	9	88	88	88	88
Claridad Emocional	Correlación de Pearson	,024	,133	1	,294**	-,403**
	Sig. (unilateral)	,476	,108		,003	,000
	N	9	88	88	88	88
Reparación Emocional	Correlación de Pearson	,340	-,094	,294**	1	-,323**
	Sig. (unilateral)	,186	,192	,003		,001
	N	9	88	88	88	88
Depresión	Correlación de Pearson	,823**	-,054	-,403**	-,323**	1
	Sig. (unilateral)	,003	,307	,000	,001	
	N	9	88	88	88	88

En segundo lugar, los datos obtenidos en referencia al género del participante e ideación suicida muestran que, de los 79 participantes que no presentan ideación suicida, 22 son hombres y 57 son mujeres. Por otro lado, de los 9 participantes que han puntuado en ideación suicida 3 son hombres y 6 son mujeres (Gráfico 2).

Gráfico 2*Ideación suicida en función al sexo*



Al analizar la relación entre el sexo del participante y la puntuación de ideación suicida obtenida en el cuestionario SSI, no encontramos diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=0,120$; $p=0,730$) (Tabla 10).

Tabla 10

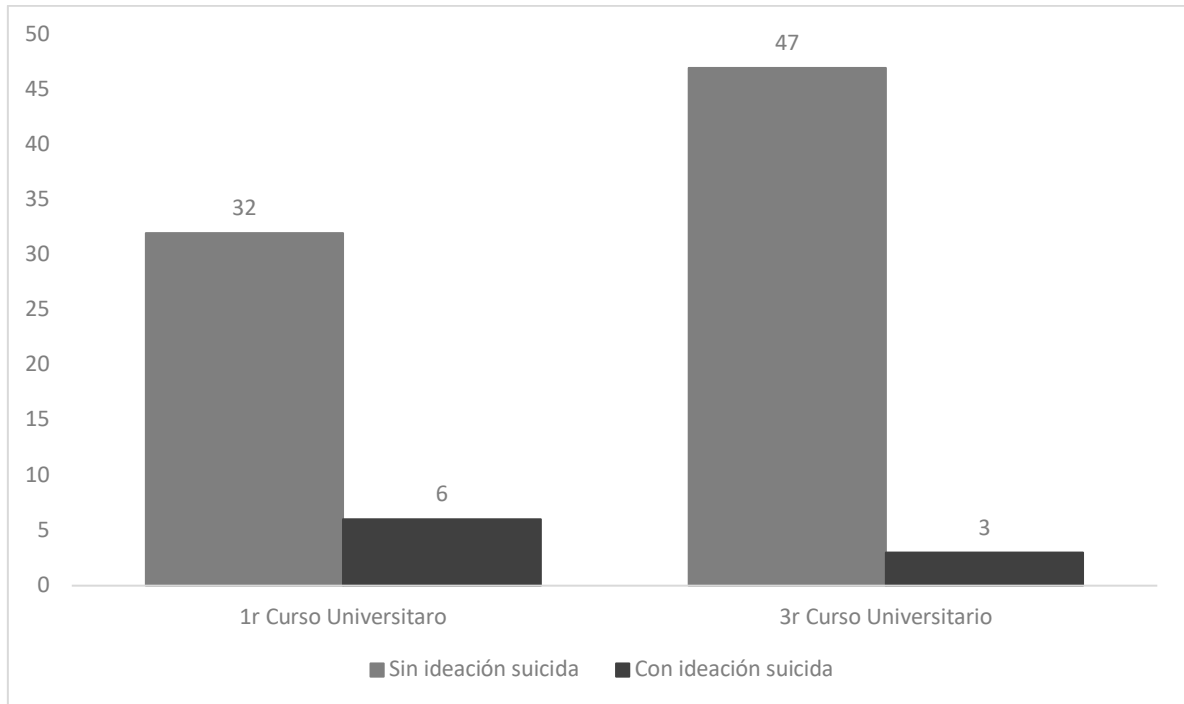
Prueba Chi-Cuadrado entre sexo y ideación suicida

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,120 ^a	1	,730
N de casos válidos	88		

Finalmente, en relación con el curso académico y la puntuación obtenida en ideación suicida vemos que de los 79 participantes que no presentan ideación suicida 32 son de primer curso mientras que 47 participantes son de tercer curso. Referente a aquellos que han puntuado en ideación suicida vemos que 6 de ellos pertenecen a primer curso universitario mientras que 3 están realizando el tercer curso del grado académico (Gráfico 3).

Gráfico 3

Ideación suicida en función al curso académico



Al analizar la relación entre el curso académico del participante y la puntuación de ideación suicida obtenida en el cuestionario SSI, no encontramos diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=2,254$; $p=0,133$) (Tabla 11). A pesar de que el resultado no es significativo podemos observar como hay una prevalencia más elevada de ideación suicida en primer curso que en tercer curso.

Tabla 11

Prueba Chi-Cuadrado entre curso académico y ideación suicida

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,254 ^a	1	,133
N de casos válidos	88		

4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

A partir de todos los resultados obtenidos mediante los estadísticos utilizados, parece ser que no hay relación entre las variables, rechazando los objetivos y las hipótesis planteadas inicialmente. El objetivo principal del presente trabajo era determinar la inteligencia emocional como factor protector de sintomatología depresiva y de ideación suicida. Es decir que, a menores puntuaciones en inteligencia emocional encontraríamos puntuaciones más elevadas tanto en depresión como en ideación suicida (y viceversa).

El principal hallazgo en los resultados es que, en el alumnado de la Universidad de les Illes Balears de entre 18 y 28 años, a rasgos generales, tienen unas adecuadas habilidades para comprender, regular y controlar sus emociones. Estudios anteriores llevados a cabo como el de Rodríguez, Amaya y Argota (2011) también encontraron niveles óptimos en cuanto a la atención a las emociones (71,3%), en claridad a las emociones (86,3%), y en reparación emocional (95,2%), lo que puede indicar que en su mayoría estos estudiantes están protegidos ante situaciones que afecten la salud mental, el desarrollo humano y la calidad de vida. Por lo tanto, no sería necesario llevar a cabo ningún tipo de intervención para mejorar esta capacidad.

Asimismo, varias son las investigaciones que relacionan la inteligencia emocional y la ideación suicida como, por ejemplo, el estudio de Cha y Nock (2009) donde examinaron 57 adolescentes y observaron que la inteligencia emocional era un factor protector contra la ideación suicida e intentos de suicidio. Sin embargo, en nuestros resultados no se ha encontrado ninguna relación significativa entre las puntuaciones obtenidas en Inteligencia Emocional (IE) y ideación suicida que corrobore la literatura existente sobre este tema. A pesar de que no se ha encontrado relación, existen algunos datos interesantes referente a los componentes que forman la inteligencia emocional.

En los resultados obtenidos en nuestro estudio cabe destacar que hay una tendencia a prestar demasiada atención a las emociones. Es decir, los participantes con ideación suicida son excesivamente conscientes de sus emociones, de sus sentimientos y de su significado. Estas puntuaciones más elevadas nos podrían llevar a pensar de una posible hipervigilancia de emociones y sensaciones y podría estar relacionado con una tendencia suicida elevada. Estos datos coinciden con estudios anteriores donde las puntuaciones altas en atención emocional están relacionadas con una mayor susceptibilidad emocional y un mayor riesgo de suicidio. En este sentido, Augusto-

Landa et al. (2009), en una muestra de estudiantes de enfermería, obtuvo que la atención a las emociones estaba asociada negativamente con la autoestima y el autoconcepto. Respecto a los otros dos componentes que conforman la inteligencia emocional, la literatura existente muestra como la ideación suicida está relacionada con niveles bajos tanto en claridad como en reparación emocional como puede ser un estudio reciente de Gómez-Romero et al. (2018) en el cual se evidencia que aquellos estudiantes que presentaban alto riesgo de suicidio se caracterizaban por presentar bajos niveles de claridad emocional y reparación emocional. En comparación con nuestros resultados, estas puntuaciones son adecuadas, por lo que los datos no coinciden con los resultados obtenidos en investigaciones anteriores. Por lo tanto, se entiende que los componentes de inteligencia emocional en niveles óptimos pueden actuar como una variable protectora frente a la ideación suicida.

Por otro lado, se ha encontrado relación positiva entre la presencia de sintomatología depresiva y la presencia de ideación suicida. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas que muestran esta relación tanto en estudiantes de escuelas secundarias como de bachillerato o universitarios. Por un lado, encontramos a Melissa-Halikiopoulou et al. (2011) que evaluó a estudiantes de enfermería griegos donde se obtuvo una relación significativa entre depresión e ideación suicida. Del mismo modo, un estudio en estudiantes de medicina taiwaneses realizado por Fan et al. (2012) encontraron que aquellos que se calificaron como deprimidos tenían una probabilidad significativamente mayor ($p < 0.01$) de experimentar ideación suicida. A pesar de ello, nuestros resultados muestran que la presencia de ideación suicida no conlleva necesariamente la presencia de depresión ya que los niveles de depresión variaban entre “*sin sintomatología depresiva*” a “*depresión moderada*” siendo más frecuente la no presencia de esta (5 sin depresión frente a 4 con depresión) en los participantes con ideación suicida. Del mismo modo, encontramos el caso en que participantes con depresiones más graves no presentan ideación suicida. Esto nos puede indicar que, a pesar de que las variables están relacionadas, la gravedad de la depresión no influiría en el intento suicida.

Además, no se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto a la ideación suicida. Sin embargo, hay una tendencia más elevada en mujeres que en hombres (6 mujeres frente a 3 hombres). Este dato contradice la hipótesis de que

los hombres serán aquellos que puntúen más en ideación suicida a causa de que ambos géneros presentan diferencias en la expresión emocional y los hombres suelen presentar déficits en la expresión emocional, así como dificultades para admitir que necesitan ayuda. No obstante, es un dato que debe ser tratado con precaución ya que en la muestra hay una gran mayoría de presencia femenina en comparación con la masculina.

Finalmente, no se han encontrado diferencias significativas entre los alumnos que están cursando el primer año en el grado universitario con aquellos que están cursando el tercer año de la carrera respecto las puntuaciones en ideación suicida. Sin embargo, podemos observar como entre los participantes que puntúan en ideación suicida hay una tendencia mayor (el doble) en aquellos que están en los cursos iniciales de la vida universitaria. Este hecho podría ser un reflejo y convertirse en una línea de investigación interesante para futuras investigaciones que puedan confirmar nuestra hipótesis de que la ideación suicida se dará con mayor prevalencia al inicio de la vida universitaria respecto a otros años. En este sentido, Tomás-Sábado (2009) indica que altas tasas de ideación suicida en el colectivo de jóvenes podrían estar relacionadas con factores estresantes relacionados con el primer año de carrera universitaria ya que es un periodo que supone un nuevo ámbito de estudio, una adaptación a la universidad, una posible separación familiar, nuevos compañeros, exigencias académicas o frecuentes pruebas evaluativas. Asimismo, es importante tener en cuenta que los estudiantes de primer curso aún son adolescentes y pueden presentar déficits de habilidades como puede ser la resolución de problemas y de gestión de emociones, la magnificación de los problemas y la minimizando el éxito de las posibles acciones a emprender (Larraguibel, González, Martínez y Valencuela, 2002).

En cuanto a las limitaciones del estudio, es necesario mencionar que el número de participantes que forman la muestra es muy limitado, además que el pasar el cuestionario sobre ideación suicida supuso otro cribado que disminuyó la muestra a únicamente 9 participantes que presentaban esta variable. Igualmente, encontramos una predominancia del sexo femenino de más del doble respecto al sexo masculino en la muestra total (N=88). Por ese motivo, los resultados deben interpretarse con cautela ya que son factores que pueden haberlos alterado y puede ser el principal motivo por que los resultados no reflejen los objetivos establecidos inicialmente. Por lo tanto, sería conveniente que en futuras investigaciones se incluyeran muestras mas amplias y

heterogéneas, así como equitativas en función al sexo. Por otra parte, los cuestionarios administrados para la obtención de datos pueden presentar una serie de desventajas. En primer lugar, los participantes pueden responder en función a lo que creen que es adecuado contestar y sin ser completamente sinceros con la situación real provocando en *sesgo de deseabilidad social* especialmente en el cuestionario sobre ideación suicida. Al ser la ideación suicida aún un tema tabú, podría ocurrir que se decidiera ocultar información o informar de manera parcial a los investigadores alterando así los resultados (*sesgo debido al participante*). Es importante aumentar la sensibilidad de la comunidad y superar el tabú para que los países puedan avanzar en la prevención del suicidio. Asimismo, el cuestionario TMSS-24 utilizado para medir el nivel de Inteligencia Emocional (IE), consta de tres subescalas que van de unas puntuaciones de 1 a 40 pero no proporciona una puntuación total de la variable estudiada. Por lo tanto, la complejidad de las variables obliga a que los resultados se extraigan con relación a uno de los componentes de la inteligencia emocional pero no del constructo en sí.

De cara a futuras investigaciones, sería interesante llevar a cabo un análisis mas exhaustivo corrigiendo las limitaciones que se han encontrado en el presente estudio. Además, como la conducta suicida esta influenciada por múltiples factores posiblemente se deberían incluir otras variables psicológicas que pudieran tener valor predictivo de la conducta suicida como, por ejemplo, estrategias de afrontamiento, conductas adictivas, procrastinación, o resultados académicos.

Por otro lado, como se ha visto reflejado en los resultados podemos percibir a los estudiantes de primer año como una población de riesgo y, por lo tanto, otra línea de investigación podría ir encaminada a identificar a estos jóvenes y proporcionarles tratamiento apropiado, así como la importancia de realizar prevención que disminuyan los factores de riesgo en esas edades.

Asimismo, sería interesante analizar más en profundidad en las características o los detalles que definen la intencionalidad suicida como pueden ser: factores disuasivos (familia, religión, compañeros, etc.), no disponer de acceso para llevar a cabo el método planeado o falta de coraje para realizar la acción. Esta información puede tener una utilidad preventiva junto a factores protectores como puede ser la inteligencia emocional. Finalmente, podría ser interesante no centrarse únicamente en población universitaria sino incluir población general ya que el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo que abarca edades de entre 15 y 29 años.

Los datos obtenidos son relevantes para confirmar la complejidad de la conducta suicida, así como la necesidad de seguir investigando en este importante problema de salud que afecta a toda la población, pero especialmente a la población adolescente y a los jóvenes.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahmdian, M., Shamshiri, T., Badvee, I., & Homayouni, A. (2009). Comparison of the Emotional Intelligence Components of Suicidal Patients and Non-Clinical Samples. *European Psychiatry*, 24(1), 143-153.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Arrieta, K., Díaz, S., y González, F. (2013). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 173-181.

Augusto-Landa, J.M., López-Zafra, E., Aguilar-Luzón, M.C., Salguero de Ugarte, M.F., (2009). Predictive validity of Perceived Emotional Intelligence on nursing students' selfconcept. *Nurse Education Today* 29, 801–808. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2009.04.004>.

Augusto-Landa, J. M., López-Zafra, E., & Pulido-Martos, M. (2011). Inteligencia emocional percibida y estrategias de afrontamiento al estrés en profesores de enseñanza primaria: propuesta de un modelo explicativo con ecuaciones estructurales (SEM). *Revista de psicología social*, 26(3), 413-425.

Barrios, N. L., Sánchez, L. K., & Salamanca, Y. (2013). Relation between personality patterns and coping given among psychology students. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 7(2), 45-53.

Brackett, M. A., Rivers, S. E., Reyes, M. R. y Salovey, P. (2012). Enhancing academic performance and social and emotional competence with the RULER feeling words curriculum. *Learning and Individual Differences*, 22, 218–224. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lindif.2010.10.002>.

Caballero, C., Palacio, J., & Hederich, C. (2012). El burnout académico: Prevalencia y factores asociados en estudiantes universitarios del área de la salud de la ciudad de Barranquilla. Disertación Doctoral. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

Caballero, C.C., Suárez, Y.P., & Bruges, H.D. (2015). Características de inteligencia emocional en un grupo de universitarios con y sin ideación suicida. *Revista CES Psicología*, 8(2), 138-155.

Ceballos, G., & Suárez, Y. (2012). Características de inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida en una muestra de estudiantes de Psicología. *Revista CES Psicología*, 5(2), 88-100.

Cha, C. y Nock, M. (2009). Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(4), 422–430. <http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181984f44>

Clum, G., Pattisiokas, A., & Luscomb, R. (1979). Empirically based comprehensive treatment program for parasuicide. *J Couns Clin Psychol*, 47:937-945.

De trabajo de la Guía, G. (2012). de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t).

Eguiluz, L. L., Córdova, M. & Rosales, C. (2009). El pensamiento de suicidio en los jóvenes. Un estudio cualitativo que vincula la investigación y el tratamiento. *Revista de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar: Psicoterapia y Familia*, 22 (2), 80-89.

Extremera, N., Duran, A. y Rey, L. (2007). Inteligencia emocional y su relación con los niveles de burnout, engagement, y estrés en estudiantes universitarios. *Revista de Educación*, 342, 239-256.

Fan, A.P., Kosik, R.O., Mandell, G.A., Tran, D.T., Cheng, H.M., Chen, C.H., Su, T.P., Chiv, A.W., (2012). Suicidal ideation in medical students: who is at risk? *Annals of the Academy of Medicine, Singapore* 41, 377–382.

Fernández-Berrocal, P., & Extremera Pacheco, N. (2002). La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela. *Revista Iberoamericana De Educación*, 29(1), 1-6. Recuperado a partir de <https://rieoei.org/RIE/article/view/2869>

Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2003). Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros en psicología Social*, 1, 251-254.

Gómez-Romero, M. J., Limonero, J. T., Trallero, J. T., Montes-Hidalgo, J., & Tomás-Sábado, J. (2018). Relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 18-23.

Gutiérrez, J.A., Montoya, L.P., Toro, B.E., Briñón, M.A., Rosas, E., y Salazar, L. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Revista CES Medicina*, 24(1), 7-17

Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez M, Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*, 126 (12): 445-51.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2017). Defunciones por causas (lista detallada) sexo y edad. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de <http://www.ine.es>

Jessor R, Donovan JE, Costa FM. *Beyond Adolescence: Problem Behaviour and Young Adult Development*. 1994.

Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. y Valenzuela, R. (2002). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 71,183–191.

Macip, S. G., Martínez, A. D., León, S. O., Forteza, C. G., & Núñez, J. D. J. G. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 21-30.

Melissa-Halikiopoulou, C., Tsigas, E., Khachatryan, R., Papazisis, G., 2011. Suicidality and depressive symptoms among nursing students in northern Greece. *Health Science Journal* 5, 90–97.

Mondragon, L., Saltijeral, MT., Bimbela, A., & Borges, G (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*, 21(5):20-27.

Paris, L., & Omar, A. (2011). Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar. *Psicología y Salud*, 19(2), 167-175.

Pavez, P., Mena, L., & Vera-Villarreal, P. (2012). El rol de la felicidad y el optimismo como factor protector de la ansiedad. *Universitas Psychologica*, 11(2), 369-380.

Quiceno, J. M., Mateus, J., Cardenas, 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 <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.2.2013.12767>

Rice, F. P. (1997). *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital*. México: Pearson Educación.

Rodríguez U. Amaya A. y Argota A. (2011). Inteligencia emocional percibida y ansiedad de rasgo estado en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 14(26), 310-320.

Rodríguez, Sánchez, Valdivia y Padilla. (s.f). Perfil de inteligencia emocional en universitarios de la facultad de psicología. Recuperado de http://scholar.google.es/scholar?cluster=7661360847625396980&hl=es&as_sdt=2000

Ruiz-Aranda, D., Fernández-Berrocal, P., Cabello, R. y Extremera, N. (2006). Inteligencia Emocional Percibida y Consumo de Tabaco y Alcohol en Adolescentes. *Ansiedad y estrés*, 12(2-3), 223-230.

Sánchez-Sosa, J., Villarreal-González, M., Musitu, G., & Martínez, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *Intervención psicosocial*, 19(3), 279-287.

Suárez, Y., & Mendoza, J. A. (2014). Indicadores de salud mental y engagement en empleados de una empresa promotora del desarrollo económico. *Revista Económicas CUC*, 35(2), 133-148.

Tomás-Sábado, J. (2009). Factores psicológicos relacionados con el riesgo suicida en estudiantes de Enfermería. *Metas de Enfermería*, 12, 67-74.

Yescas, E., Asencio, L., Vargas, S., Barbosa, E., & Lugo, G. (2013). Depresión, ansiedad y desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide. *Psicología y Salud*, 18(1), 81-89.

Zarrett N, Eccles J. The passage to adulthood: Challenges of late adolescence. *New Dir Youth Dev*. 2006;111:13-28.

6. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS (UIB)

Contacto: Laura Riera López (677371693) lrieral@hotmail.com

Documento de Consentimiento Informado

El/la Sr./ Sra.

.....

Declara haber sido informado sobre el proyecto que tiene como objetivo analizar cuál es la situación actual en la Universitat de les Illes Balears respecto la Inteligencia

La Inteligencia emocional como factor protector frente a la ideación suicida en
población universitaria

Emocional (IE), la sintomatología depresiva y la ideación suicida.

Al aceptar participar de esta investigación sólo se le pedirá que responda el cuestionario y que, al finalizar, lo devuelva a quien se lo administró. Su participación es anónima y sus respuestas serán resguardadas bajo la más estricta confidencialidad.

Es sumamente importante que tenga en cuenta que su participación es de carácter voluntaria, por lo que tiene plena facultad de decidir si desea o no participar de este proceso. Asimismo podrá desvincularse en cualquier momento, sin que ello lo/la perjudique de forma alguna.

Su participación en este estudio no supone riesgo alguno para usted. Es posible que no se beneficie directamente de los resultados, pero estos podrán servir en el futuro para una mejor comprensión de este campo de investigación y, en consecuencia, de sus estrategias de tratamiento y prevención. Ni usted ni los investigadores responsables recibirán ningún tipo de compensación económica o de cualquier otro tipo por su participación

Antes de tomar mi decisión, he leído atentamente este documento. He hecho tantas preguntas como he creído oportuno hasta entenderlo perfectamente y deseo participar.

Firma del participante

Conformidad de participación	Deseo ser informado de los resultados relevantes si los hubiere (poner correo electrónico)
------------------------------	---

Fecha: de..... 2019.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1)

- 0. No me siento triste
- 1. Me siento triste
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
- 3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2)

- 0. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
- 1. Me siento desanimado respecto al futuro
- 2. Siento que no tengo que esperar nada
- 3. Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán

3)

- 0. No me siento fracasado
- 1. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
- 2. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
- 3. Me siento una persona totalmente fracasada

4)

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5)

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente.

6)

0. No creo que esté siendo castigado.
1. Me siento como si fuese a ser castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7)

0. No estoy decepcionado de mí mismo.
1. Estoy decepcionado de mí mismo.
2. Me da vergüenza de mí mismo.
3. Me detesto.

8)

0. No me considero peor que cualquier otro.
1. Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9)

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
2. Desearía suicidarme.
3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10)

0. No lloro más de lo que solía llorar.
1. Ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11)

0. No estoy más irritado de lo normal en mí.
1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. Me siento irritado continuamente.
3. No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12)

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
3. He perdido todo el interés por los demás.

13)

0. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Ya me es imposible tomar decisiones.

14)

0. No creo tener peor aspecto que antes.
1. Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
2. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible

15)

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
3. No puedo hacer nada en absoluto.

16)

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17)

0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más fácilmente que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18)

0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. He perdido completamente el apetito.

19)

0. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
1. He perdido más de 2 kilos y medio.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.
4. Estoy a dieta para adelgazar SI/NO

20)

0. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
1. Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
2. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21)

0. No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
1. Estoy menos interesado por el sexo que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo.
3. He perdido totalmente mi interés por el sexo.

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK (SSI)

Lea cuidadosamente este cuestionario. Marque con un círculo el número de la frase de cada grupo que mejor lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

1. CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA/MUERTE

I. Su deseo de vivir es:

- 0. Moderado a intenso
- 1. Débil
- 2. Ninguno

II. Su deseo de morir es:

- 0. Moderado a intenso
- 1. Débil
- 2. Ninguno

III. Sus razones para vivir/morir son:

- 0. Las razones para vivir son superiores a las de morir
- 1. Iguales
- 2. Las razones para morir son superiores a las de vivir

IV. Su deseo de realizar un intento activo de suicidio activo es:

- 0. Ninguno
- 1. Poco (Débil)
- 2. Moderado a fuerte

V. Realizar un intento de suicidio pasivo:

- 0. Tomaría precauciones para salvar su vida
- 1. Dejaría su vida/muerte en manos del azar (por ej. cruzar descuidadamente una calle muy transitada)
- 2. Evitará los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ej. un diabético que deja de tomar la insulina)

Nota: Si la puntuación en los reactivos 4 y 5 es “0”, deje de contestar el cuestionario.

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS SUICIDAS

I. Su duración de Pensamientos/Deseos son:

- 0. Breve, periodos pasajeros
- 1. Periodos más largos
- 2. Continuo (crónico), o casi continuo

II. Su frecuencia de Pensamientos/Deseos son:

- 0. Rara, ocasional
- 1. Intermitente
- 2. Persistente o continuo

III. Su actitud hacia el pensamiento/deseo:

- 0. Rechazo
- 1. Ambivalencia, indiferencia
- 2. Aceptación

IV. Su control sobre la acción de suicidio o el deseo de llevarlo a cabo

- 0. Tiene capacidad de control
- 1. Inseguridad de capacidad de control
- 2. No tiene capacidad de control

V. Sus razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, etc.)

- 0. No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio
- 1. Los factores disuasorios tienen cierta influencia
- 2. Influencia mínima o nula de los factores disuasorios

VI. Sus razones para pensar/desear el intento suicida:

- 0. Manipular el medio, atraer atención, venganza
- 1. Combinación de ambos
- 2. Escapar, acabar, resolver problemas

Indica cuáles son estos factores que detienen la tentativa.....

3. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO

I. El método: especificación/planes de pensar en el intento:

- 0. No los ha considerado
- 1. Los ha considerado, pero sin detalles específicos
- 2. Los detalles están especificados/bien formulados

II. El método: accesibilidad/oportunidad de pensar en el intento:

- 0. Método no disponible; no hay oportunidad
- 1. El método llevaría tiempo/ esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente
- 2. Método y oportunidad accesible

- 3. Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado

III. La sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento

- 0. No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente
- 1. Inseguro de su coraje, competencia
- 2. Seguro de su competencia, coraje

IV. La expectativas/anticipación de un intento real

- 0. No
- 1. Incierto, no seguro
- 2. Si

4. REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO

I. La preparación real de realizarlo:

- 0. Ninguna
- 1. Parcial (ej: empezar a recoger píldoras)
- 2. Completa (ej: tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)

II. Las notas acerca del suicidio

- 0. No escribió ninguna nota
- 1. Empezada pero no completada; solamente pensó en dejarla

- 2. Completada

III. Ha realizado preparativos finales ante la anticipación de la muerte (ej: seguro, testamento, donaciones, etc)

- 0. Ninguno
- 1. Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados
- 2. Hacer planes definitivos o dejarlos todo arreglado

IV. Engaño/encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida:

0. Reveló estas ideas abiertamente
1. Fue reacio a revelarlas
2. Intentó engañar, encubrir, mentir

V. Intentos previos de suicidio

0. Ninguno
1. Uno
2. Más de uno

TMMS-24

INSTRUCCIONES:

A continuación, encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas ni malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
Nada de Acuerdo	Algo de Acuerdo	Bastante de Acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo

1.	Presto mucha atención a los sentimientos	1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento	1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones	1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo	1	2	3	4	5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos	1	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente	1	2	3	4	5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos	1	2	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento	1	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis sentimientos	1	2	3	4	5
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos	1	2	3	4	5
11.	Casi siempre sé cómo siento	1	2	3	4	5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas	1	2	3	4	5
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones	1	2	3	4	5
14.	Siempre puedo decir cómo me siento	1	2	3	4	5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones	1	2	3	4	5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos	1	2	3	4	5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista	1	2	3	4	5
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables	1	2	3	4	5

19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida	1	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal	1	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme	1	2	3	4	5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo	1	2	3	4	5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz	1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado/a intento cambiar mi estado de ánimo	1	2	3	4	5