



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Incidencia del Riesgo Suicida en relación al bienestar psicológico, estructura familiar y resiliencia en jóvenes universitarios de la FES-Iztacala"

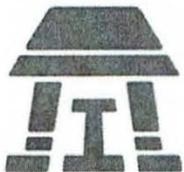
T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Mireya Villegas González

Directora: Mtra. **Guadalupe Concepción Meléndez Campos**

Dictaminadores: Mtra. **Antonia Rentería Rodríguez**

Mtra. **Sonia Miriam López Cureño**





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A Dios:

Porque él ha sido testigo y mi mejor acompañante en los sueños que he me forjado y por las luchas interminables que he tenido para alcanzarlos. Por guiarme para ser mejor persona y por vivir en mi corazón. Gracias porque su esencia está en presencia de las personas más significativas y a las que más amo; mi padres, mis hermanos, mis sobrinos, mi novio, y mis amigos.

A mi asesora:

Gracias a la Dra. Eguiluz por abrimme las puertas en su grupo de investigación y permitirme ampliar mi formación académica; asimismo, le agradezco por ser un ejemplo de trabajo para mí, con quien aprendí que el compromiso, la responsabilidad y la inquietud por seguir aprendiendo son pilares importantes para seguir creciendo profesionalmente.

A mis padres y familia:

Por estar conmigo en cada momento de mi vida, acompañándome y dirigiéndome con sus consejos.

A mi novio:

Por ser el pilar motivacional de mi día a día en mi labor académica y personal, mi ángel guardián, por apoyarme en mis fortalezas y **por impulsarme en mis momentos difíciles.** Porque su amor y comprensión nunca me hicieron falta.

SUICIDIO

(Fragmento)

Para no matar el fastidio,
Por no decir otra cosa,
Saco mi Musa quejosa
De vivir arrinconada,
Como quien saca su espada
Para ver si está roñosa.
A todos hablar prometo
Sin ofender a ninguno,
Que a todos, uno por uno,
Los estimo y los respeto.
A decidir no me meto
Quién es quién tiene razón;
Sólo diré mi opinión
Con modestia o sin modestia
Que suele causar molestia
Afectar moderación...

JOSÉ BATRES MONTÚFAR

ÍNDICE

ψ Introducción	5
ψ Capítulo I. Definición, comportamientos suicidas y epidemiología	12
1.1 Conceptualización del término <i>suicidio</i>	12
1.1.1 Suicidio consumado.....	12
1.1.2 Intento suicida o tentativa de suicidio.....	14
1.1.3 Ideación suicida.....	16
1.2 Comportamientos suicidas.....	16
1.3 Estudio y epidemiología del suicidio: Mundial y Nacional.....	19
1.3.1 Estudio sobre las tasas de incidencia del suicidio.....	19
1.3.2 Epidemiología mundial.....	23
1.3.3 Epidemiología en México.....	26
ψ Capítulo II. ¿Por qué hablar de suicidio en jóvenes universitarios?	31
2.1 Factores de riesgo que desencadenan el suicidio en jóvenes: psicológicos, de personalidad y sociales.....	33
ψ Capítulo III. La familia, como eje regulador del bienestar psicológico o riesgo suicida en el adolescente	47
3.1 Factores de protección de la conducta suicida.....	47
ψ Capítulo IV. ¿En qué medida las instituciones educativas pueden funcionar como instancias de prevención de los comportamientos suicidas?	68
ψ Método.....	79
ψ Procedimiento.....	84
ψ Resultados.....	86
ψ Análisis de resultados.....	96
ψ Discusión.....	100
ψ Conclusiones.....	109
ψ Referencias.....	114

INTRODUCCIÓN

La adolescencia se ha convertido en un tema de especial atención, más que cualquier otra etapa de vida. El adolescente se encuentra en un periodo de transición, un proceso de cambios (diez a los veinte años). En lo psicológico se ha de enfrentar a nuevos desafíos en el difícil tránsito de la dependencia de niño a la autonomía de adulto. El problema subyacente es la búsqueda de identidad, el individuo adolescente quiere saber quién es y a dónde va. Entra en un estado de contradicción, cuando en ocasiones se le exige obediencia de niño, y cuando en otras, se espera de él que se comporte con la autosuficiencia e independencia de un adulto. El problema se agudiza hoy en día, debido a los acelerados cambios sociales que ha tenido nuestra sociedad, la relativa pobreza que le ofrece una sociedad adulta organizada, insegura, vigilada, comercializada y tecnológica. Se están produciendo profundos cambios que afectan la comprensión del mundo, los valores éticos, las creencias políticas y religiosas. Ahora más que en otros tiempos, las visiones del adolescente se han diferenciado tanto respecto a las generaciones que les preceden. Se puede mencionar una repercusión general, en la pérdida de confianza en la familia, lo que hace que se sienta angustiado en un mundo en el que no se encuentra adecuadamente identificado. Esta ambigüedad es motivo de malestar y puede provocar determinados problemas psicológicos, tales como, desesperanza, depresión, alcoholismo, drogadicción, ideas suicidas, entre otros. Con ello, se involucra el malestar en los jóvenes adolescentes, pero también en la familia y en la sociedad, lo cual, puede generar conductas autodestructivas, como lo es el suicidio.

Entre los problemas a los que se han de enfrentar los adolescentes se encuentran situaciones realmente perturbadoras. Se presenta un extremado interés y preocupación por la imagen corporal, que se provoca a través del bombardeo diario de algunos medios en relación con la imagen ideal. Al mismo tiempo, los adolescentes se enfrentan a las exigencias de los padres en cuanto al rendimiento académico, por otro lado, la necesidad de establecer nuevas amistades. Otro tema que se le ofrece al adolescente es asumir un nuevo rol como

participe de una cultura o subcultura específica con nuevos valores, conductas y personas significativas de referencia. En muchas familias existe un malestar que a veces no se atreven a manifestar porque incluso encuentran la incompreensión de los amigos. Todo esto representa una perspectiva compleja que va a tener su expresión en las contradicciones internas de la propia personalidad en formación del adolescente. Es aquí, donde llama la atención uno de los aspectos o síntomas que pone de manifiesto el malestar familiar y social, y que constituye un tabú: el suicidio en los adolescentes.

El comportamiento suicida es una conducta que está presente a lo largo de toda la historia de la humanidad, siendo quizá una de las expresiones más claras del sufrimiento y desesperanza.

Las causas son multidiversas y complejas, pero suele haber una constante, y es que estos chicos suelen tener pocos apoyos psicológicos dentro de la familia y en la sociedad para poder vivir de otra manera la etapa de la adolescencia.

La desesperanza, la depresión, los problemas académicos, la violencia e inseguridad social, la falta de oportunidades para estudiar y/o trabajar, una pérdida amorosa, la falta de recursos y apoyo para cumplir las metas más preciadas, escasos recursos para enfrentar los conflictos, baja autoestima, abuso de sustancias, sucesos estresantes, conflictos con los amigos; junto con los problemas familiares, como la violencia familiar, inestabilidad familiar, conflictos maritales, separación, divorcio, antecedentes de suicidio en la familia, problemas de comunicación entre padres e hijos; son factores que precipitan este comportamiento, o mejor constituyen factores de riesgo.

Que se suiciden los adolescentes es inquietante, y produce malestar en grupos, familias e instituciones, porque este hecho cuestiona la propuesta de los futuros adultos. El periodo se hace más acuciante si tenemos en cuenta que el fundamento valorativo de esta sociedad está en crisis. El adolescente no puede resolver sus problemas, si no dispone de una propuesta de apoyo por el ámbito comunitario. Cuando ella falta surge el comportamiento anormal o patológico. Un

intento de suicidio no es el resultado de un impulso repentino impredecible, sino que es el eslabón final de una larga cadena de acontecimientos psicológicos, entonces el suicidio es siempre una señal de patología.

Por otro lado, la población de jóvenes que ingresan a la universidad ha generado progresivamente la atención de clínicos e investigadores del campo de la salud mental. Al encontrarse en términos de la adolescencia tardía, los estudiantes manifiestan dificultades que afectan su bienestar y que obstruyen la adaptación apropiada a la universidad. Suelen emerger algunos problemas de salud mental entre los más comunes son, trastornos depresivos, ansiosos, consumo abusivo de alcohol y de sustancias adictivas, conductas antisociales, trastornos de personalidad y trastornos de alimentación. También llegan a presentar algunas formas de psicosis, como la esquizofrenia. Además existen otras problemáticas que, si bien son menos frecuentes, tienen consecuencias más graves para su bienestar psicológico. Tales como, las conductas autolesivas (cutting), ideación suicida y la conducta suicida.

Sobre estos dos últimos problemas de salud mental, es importante que se les dé una especial atención dado que los datos actuales muestran aumentos graduales respecto a las décadas anteriores en diversos países, siendo personas cada vez más jóvenes los que presentan este riesgo. La OMS (2012), reportó que el suicidio es la segunda causa de muerte entre jóvenes de 10 a 24 años, aunque estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado. Se estima que a nivel mundial el suicidio supuso el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 representará el 2,4% en los países con economías de mercado y en los antiguos países socialistas. Este crecimiento se observa particularmente en la población masculina, la que posee por su parte una tasa de suicidios entre 3 a 10 veces más alta que la femenina.

De acuerdo a estudios realizados sobre conductas suicidas, se puede sostener la premisa de que la familia donde participa el joven puede ser un disparador o un contenedor de la conducta suicida. Es así, que el estudio de las

llamadas conductas suicidas cobra especial relevancia si consideramos la necesidad de idear y ejecutar medidas preventivas. Los motivos principales para estudiar las conductas suicidas, radican en que éstas no sólo producen un gran malestar mental y sufrimiento psíquico; y que además pueden producir consecuencias físicas de primera magnitud, sino que también son un antecedente fundamental de un posterior suicidio consumado.

Al respecto el comportamiento suicida incluye una gran gama de conductas suicidas, por su parte, la *ideación suicida* entendida como la presencia de pensamientos y planes intrusivos y repetitivos sobre las formas deseadas de morir. La ideación suicida varía en tipos y grados, considerándose dos tipos. En la primera, la ideación activa, se estaría refiriendo a los casos en los que existe la idea de acabar con la vida propia por uno mismo, con instrumentos específicos y ciertos lugares; mientras que en la ideación suicida pasiva, se estaría hablando de la muerte originada por una actitud indiferente e inmóvil ante de la vida, por ejemplo, los accidentes de tránsito y el rechazo a tomar una medicación necesaria (Casullo, Bonaldi y Liporace, 2000).

De tal manera, el suicidio se define como un proceso que incluye diversas etapas; inicia con la ideación suicida, continúa con el intento suicida o tentativa de suicidio y concluye con el suicidio consumado (Castelli, 2002; citado en Eguiluz, Rosales y Córdova, s.f.).

Con mucha frecuencia, un acto que llevó a una muerte por suicidio se ve precedido por una serie de intentos fallidos previos, desencadenadas por ideas suicidas repetitivas. Por lo tanto, si logramos comprender y evitar los intentos de suicidio, podremos evitar también posteriores suicidios consumados.

Por lo anterior resulta indispensable que las personas dedicadas al ámbito clínico y de la salud, tengan un adecuado bienestar psicológico para poder tener una estabilidad emocional, además, se requiere de una adecuada y especial preparación, y en el caso particular del psicólogo, es necesario el conocimiento y

manejo de algunos modelos teóricos que ayuden al cambio de pensamiento; que les permita prestar sus servicios con ética y con compromiso a la comunidad.

Debido a que se parte de un marco conceptual sistémico, se comenzará dando una introducción a la conceptualización, estudio y epidemiología del suicidio, para después abordar los factores que inciden en la tentativa de que los adolescentes puedan manifestar una conducta de ideación o tentativa de suicidio. Como bien se mencionó, se parte de una visión de sistemas, donde se concibe al ser humano emergente de diversas esferas sociales, que guardan una relación entre sí, considerando como primera esfera a los factores de tipo individual, seguido de la esfera familiar, en el que además de la familia, se hallan los amigos; y finalmente en el último nivel, se encuentra la esfera social, siendo la escuela, la comunidad y la sociedad en general la que interviene en el individuo. De tal manera que los siguientes capítulos están organizados de forma sistemática para ahondar en cada sistema. Para más claridad, a continuación se describirá de manera breve lo que se abordará en cada capítulo del presente trabajo:

En el **capítulo uno** se abordará la conceptualización del término *suicidio*, considerando ésta conducta como un proceso que incluye diferentes momentos, se tomará como base la ideación suicida, el intento suicida y el suicidio consumado. De tal forma que, al entender que cada etapa conlleva distintos tiempos, se puedan proponer alternativas para intervenir y detener el proceso. En función de las definiciones que se plantearán al inicio, se describirán los comportamientos suicidas, en donde se explicarán aquellos que están directamente vinculados con la ideación o intencionalidad de suicidio. Es importante mencionar, que el presente trabajo se desarrolló en función de los comportamientos suicidas que suelen presentarse durante la etapa de la adolescencia, los cuales, se describen de acuerdo a los estudios epidemiológicos que se han realizado desde los inicios del estudio del suicidio en adolescentes. En el mismo capítulo, se dará una introducción al estudio de las tasas de suicidio, abarcando los primeros indicios de su análisis, hasta llegar a los datos actuales, sobre las estadísticas que indican los países con mayor incidencia de suicidio, y

finalmente se hablará de la epidemiología de nuestro país, haciendo especial énfasis en la alta prevalencia que se ha registrado en la población adolescente.

En el **segundo capítulo**, se comenzarán a tratar los factores que desencadenan comportamientos suicidas en los adolescentes. Se contemplarán de manera general aquellos de índole psicológica, familiar y social. Debido a la importancia de entender al individuo desde su contexto, para comprender de donde surge el pensamiento suicida, resulta necesario conducir este estudio desde un enfoque sistémico, en el que las relaciones de los sistemas en donde se desarrolla el adolescente, se tomen en cuenta a la hora de establecer un contacto con el mismo, para prevenir, dar tratamiento o rehabilitación, a quien presente riesgo suicida. Particularmente, se explorarán los diversos postulados de los autores dedicados al estudio del suicidio para abordar los factores de tipo individual, familiar y social.

Dado que en el capítulo anterior se abordarán de manera general los factores que hacen susceptible que un adolescente se encuentre en una conducta de riesgo, poniendo especial énfasis en los factores de tipo individual, psicológicos y/o emocionales que hacen más proclive que un adolescente tenga ideación o tentativa de suicidio; para el **capítulo tres**, se describirán los factores que inciden en la familia, los cuales, pueden conducir al adolescente hacia la adquisición de factores protectores o de riesgo. Siguiendo la línea del enfoque sistémico, resulta de suma importancia comprender cómo está conformada la familia, qué lugar ocupa el adolescente dentro de la misma, cómo sus padres, qué tipo de interacción tiene con los diferentes personajes que conforman su grupo familiar, entre otros. Lo anterior, se enfatizará con las variables relacionadas a la estructura familiar, bienestar psicológico y resiliencia.

Finalmente, en el **capítulo cuatro**, se hablará de la última esfera en la que se desenvuelve el adolescente, siendo ésta el contexto escolar. Del cual, se señalarán los elementos que hacen proclive la oportuna detección de estudiantes con conductas de riesgo. Se hace un especial paréntesis para hablar, acerca del proceso por el que atraviesa un joven al ingresar a la universidad, viéndose

inmerso de emociones como el estrés, ansiedad y depresión, además de la tensión por las expectativas construidas por las personas que lo rodean. Si a lo anterior, se le agrega que los estudiantes de las carreras de la salud, se enfrentan doblemente vinculados a las conductas suicidas, por su contacto con temas relacionados al dolor, la enfermedad y el sufrimiento. Al abordar todo lo anterior, el desarrollo del capítulo será encaminado a señalar estrategias y recomendaciones propuestas por diversos autores para desarrollar proyectos de investigación en las escuelas públicas (dado a su facilidad de establecer contacto con las mismas), para indagar y evaluar el nivel de incidencia suicida; asimismo, y en función de lo anterior, se tiene la intención de proponer y planear programas de intervención dedicados a la atención, tratamiento y rehabilitación de los jóvenes universitarios que tengan una tendencia a la conducta suicida, o algún comportamiento que puede desembocar en ésta.

I. DEFINICIÓN, COMPORTAMIENTOS SUICIDAS Y EPIDEMIOLOGÍA.

“No se mata nadie que no haya querido matar a otro, o al menos no haya deseado que otro muriese”

Buendía, Riquelme, y Ruiz, (2004).

1.1 Conceptualización del término *suicidio*.

El comportamiento suicida ha estado presente a lo largo de la historia, aunque con diferentes significados que van desde una muestra de valentía y honor, hasta la manifestación de la más profunda vulnerabilidad (Rivera, 2010); incluso se le consideraba como un acto de alienación producto de un episodio de locura (Szasz, 2002). De ahí que en ocasiones se le exalte y en otras se le condene. En el presente apartado, nos acercaremos a la conceptualización de la conducta suicida. Debido a que uno de los grandes problemas de este fenómeno es su propia definición y su aplicación a comportamientos diversos, en base a algunos planteamientos se señalarán los términos que serán utilizados a lo largo de este trabajo.

1.1.1 Suicidio consumado

Para comenzar tomaremos de referencia que el suicidio es un autoasesinato, según Moron, (1992, en Rivera, (2010). De acuerdo, con el Gran Diccionario de la Lengua Española (1996), la palabra suicidio proviene del inglés *suicide*; desde la etimología latina *sui* que significa sí mismo y *caedere*, *matar*. Por lo que se suicidio significa asesinarse o matarse.

Una de las definiciones más utilizadas para referirse al suicidio es la que propuso Durkheim en su obra clásica *El suicidio* (1992, org. 1987). Este autor considera como suicidio *“todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima, sabiendo ella que debería producir resultado”* (Durkheim, 1992, en Buendía, Riquelme, y Ruiz, 2004, pp. 22).

También suele ser citada la definición de la OMS (1969), en la que se define el acto suicida como todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos. En contraste, se encontró en el *Manual de psiquiatría de urgencias*, la definición de suicidio como la muerte autoprovocada con carácter intencional (Kaplan y Sadock, 1996). Más recientemente, el INEGI (2006, en Rivera 2010), ha clasificado el suicidio como una forma de lesión autoinfligida.

Este tipo de comportamiento suicida también ha sido llamado *suicidio pasivo*, o *suicidio consumado indirecto*, dado que, como lo menciona (Rojas, 1984, en Buendía, Riquelme, y Ruiz, 2004, pp. 22), es la muerte originada por una actitud indiferente e inmóvil ante de la vida. Ejemplos de ello, serían los accidentes de tránsito, huelgas de hambre y el rechazo a tomar una medicación necesaria (Casullo, Bonaldi y Liporace, 2000).

Distintos autores han referido las diferentes etapas del proceso del comportamiento suicida, entre las cuales, destacan: ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida y finalmente el suicidio consumado (Cubillas, Roman, Abril, y Galaviz, 2012).

En el campo científico del estudio del fenómeno suicida, se pueden encontrar trabajos que atienden a tres aspectos distintos que reflejan la diversidad de esta manifestación: *ideación suicida*, *tentativa de suicidio* y *el suicidio consumado*. En cualquier caso, la delimitación de este concepto es necesaria ya que una inadecuada acepción puede llegar a conclusiones arriesgadas sobre la prevalencia, incidencia y causas de la conducta suicida (De Wilde, et al., 1996, en Buendía, Riquelme, y Ruiz, 2004). Por tanto, los tres anteriores términos serán la base del presente trabajo.

De las definiciones presentadas líneas arriba, se desprende que sólo es posible hablar de suicidio cuando el comportamiento del sujeto produce su muerte, aunque las definiciones chocan en lo que se refiere a la atribución de su

intencionalidad de muerte. Por otro lado, sobre las definiciones se pueden realizar varios comentarios que matizan o señalan aspectos relevantes del **suicidio consumado**, que se atribuye al hecho de cuando el individuo se quita la vida.

El suicidio consumado puede considerarse como un comportamiento intencional y destructivo, que se lleva a cabo por una persona que se encuentra muy sensible en determinada etapa de su vida y en la cual, dicha situación se ve agravada por el contexto social-familiar vulnerable que no puede hacer algo para evitarlo (Marchiori, 2000; citado en Eguiluz, op. cit.).

Es así, como conceptualmente, el suicidio se define como un proceso que incluye diversas etapas; inicia con la ideación suicida, continúa con el intento suicida o tentativa de suicido y concluye con el suicidio consumado (Castelli, 2002; citado en Eguiluz, Rosales y Córdoba, s.f.).

1.1.2 Intento suicida o tentativa de suicidio.

Como se señalaba en un principio, uno de los principales problemas del fenómeno suicida es su propia definición. En el caso de los actos suicidas que no tienen como resultado final la muerte, encontramos que incluso han recibido distintas denominaciones como *intento de suicidio*, *tentativa de suicidio*, *parasuicidio* o *autolesión*, *cutting*. De lo que confiere a la definición, mucho dependerá de la perspectiva del autor que la aborda, si bien algunos investigadores americanos, le han concedido mayor importancia al tema de la intencionalidad, mientras que los investigadores europeos, parecen preferir el concepto de parasuicidio o el de autoagresión. Buendía, Riquelme, y Ruiz, (2004), retoman la definición de parasuicidio, como un acto de autoagresión que no hace referencia a la motivación de la misma. Casullo, Bonaldi y Liporace, (2000), señalan que los parasuicidos comprende conductas variadas que incluyen gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida. Se hace referencia a actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el propio sujeto que los ejecuta.

Garrison, (1991 en Rivera, 2010), señala las diversas conductas autodestructivas en que puede clasificarse el comportamiento parasuicida: suicidio consumado, intento de suicidio, gesto suicida, amenaza de suicidio, ideación suicida y muerte subliminal.

Sin embargo, como puede observarse al hablar de parasuicidio nos remonta a la ambigüedad de los términos ya planteados. Por tal motivo, al considerar *“la tentativa de suicidio”*, se contemplará un bagaje de posibilidades que expliquen un acercamiento a la intencionalidad de la conducta suicida. Por ejemplo, se han descrito las siguientes intencionalidades conscientes: chantaje (obtener de los otros algo que no se ha podido obtener por otros medios); demandar atención ante una situación vivida como desesperada; escapar ante un peligro o amenaza (real o irreal, presente o futura, física o social), agredir psicológica y vengativamente a otros con la responsabilidad de la propia muerte, etc. (Moro, 1980, en Buendía, Riquelme, y Ruiz, 2004).

Buendía, Riquelme, y Ruiz, (2004), basándose en otras investigaciones (Seva, 1984; Braun-Scharm, 1996), argumentan que en los adolescentes se ha asociado la tentativa de suicidio manipulativo o instrumental, atribuyéndose la impulsividad, la falta de habilidades para resolver problemas y en general, a la encrucijada que suele suponer esta etapa.

Por otro lado, el intento suicida es definido, de acuerdo con la OMS como un acto con una consecuencia no fatal en la cual el individuo realiza deliberadamente una conducta no habitual con amenaza de muerte, que sin la intervención de otros le causará autodaño, o ingiere una sustancia superior a la dosis terapéutica generalmente reconocida y cuyo objetivo es producir cambios que él o ella desean a través de las consecuencias físicas y psíquicas reales o esperadas cercanas a la muerte (OMS, 2000; citada en Castro, Orbegoso y Rosales, 2006).

1.1.3 Ideación suicida

Desde el punto de vista epidemiológico la ideación suicida es un concepto muy amplio, ya que alude a cogniciones cuyo contenido puede ser considerado variado. Puede referirse desde pensamientos fugaces sobre que la vida no merece la pena vivirse, pasando por intensas preocupaciones con fantasías autodestructivas, hasta planes muy explícitos y bien meditados para matarse (Goldney, et al., 1989, en Buendía, Riquelme, y Ruiz, 2004). Cabe mencionar que los intentos de suicidio están siempre motivados por la fantasía. Por lo cual, en la adolescencia normalmente se encuentra que los chicos manifiestan fantasías extrañas, amenazadoras y perturbadoras. El adolescente suicida está convencido que debe atacar o eliminar lo que él piensa que es la fuente de dolor, ansiedad o de vergüenza (Buendía, Riquelme, y Ruiz, 2004).

Al respecto, la *ideación suicida* se define como la presencia de pensamientos, planes o deseos de cometer suicidio en un individuo que no ha hecho un intento de suicidio reciente (Beck y Steer, 1993; citados en Carvajal y Caro, 1993). Por su parte, Eguluz, Rosales, y Córdova, (s/f), definen ideación suicida como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir. La valoración de la ideación suicida es importante porque a partir de ella se puede preceder al intento, además de indicarnos la seriedad y letalidad de ésta. La ideación suicida varía en tipos y grados, considerándose un tipo de ideación suicida activa y otro pasiva. En la primera se estaría refiriendo a los casos en los que existe la idea de acabar con la vida propia por uno mismo, con instrumentos específicos y ciertos lugares; mientras que en la ideación suicida pasiva, se estaría hablando desde el simple deseo de morir de una forma particular, sin una planeación específica de cómo hacerlo.

1.2 Comportamientos suicidas

La terminología empleada por diversos autores para describir los factores relacionados con los comportamientos suicidas es algo ambigua, ya que suele

confundirse con causas, factores de riesgo, procesos subyacentes o comportamientos sintomáticos, por tal motivo, Casullo, Bonaldi y Fernández, (2000), con bases a sus investigaciones epidemiológicas lograron categorizar los tres tipos básicos de comportamientos vinculados con ideaciones e intenciones suicidas en la adolescencia:

- 1) *Depresivo Perfeccionista*: hace referencia a personas con un Superyó muy rígido que se exigen altos rendimientos y se manejan con altas expectativas de logro. Evidencian necesitar mucho la aprobación social y tendencias a cumplir con las normas sociales vigentes. Son altamente vulnerables a situaciones de fracaso y de crítica. Tienden a idealizar a personas amadas que han fallecido y son altamente propensas a internalizar sentimientos agresivos y hostiles. Se muestran bastante solitarias. Es factible que se hayan criado en el núcleo de familias simbióticas muy conflictivas.
- 2) *Impulsivo*: caracteriza a personas con baja tolerancias a la frustración, incapaces de sentir afectos negativos, muy irritables, con marcadas tendencias a la actuación de sus conflictos. Son muy sensibles a las situaciones en las que se sienten rechazadas por otros, les cuesta resolver problemáticas de manera eficaz. Generalmente se han criado en el contexto de familias violentas.
- 3) *Desintegrado*: en las personas que pueden incluirse en esta categoría es factible encontrar estados severos de ansiedad con miedo a la pérdida de la identidad. Temen perder el autocontrol e irritarse en forma desmedida, son poco asertivas y en general muy sumisas. Suelen padecer ataques de pánico o trastornos de tipo esquizofrénico.

Una de las clasificaciones más antiguas sobre suicidio es la que propuso Durkheim, quien lo organiza en cuatro categorías (Durkheim, 2008):

- *Egoísta*: Es donde el suicida se aparta del conjunto de los seres humanos. Resulta del debilitamiento de las normas sociales: la aparente libertad de la que goza el individuo le conduce efectivamente a la insatisfacción y finalmente a la desesperanza, como en las sociedades occidentales actuales.
- *Altruista*: Producto de que el mundo social con sus normas y valores se desmorona. El individuo se sacrifica por fines sociales: caracteriza sociedades en donde el individuo está fuertemente sometido a los valores colectivos, como en las sociedades primitivas. Por ejemplo: el suicidio-sacrificio de los ancianos entre los esquimales de antaño para no ser una carga para la comunidad. En el suicidio altruista, la presión social no es la causante del sacrificio de uno mismo pero suministra el contexto que favorece tal acto. Ello implica que el suicidio sea socialmente valorado y que el individuo que se suprime esté convencido de que rinde servicio a la colectividad (Rivera, 2010).
- *Anómico*: Cometido por una lealtad extrema a una causa determinada. Por ejemplo: en la tradición de los samuráis, la muerte por *harakiri* o *seppuku* era una forma de suicidio ritual de alta honorabilidad que consistía en cortarse el estómago con el fin de conseguir la muerte. Para algunos seguidores del budismo (brahmanismo), el suicidio representaba la oportunidad de acercarse al estado de plenitud, de máximo goce y felicidad espiritual (Rivera, 2010). Surge en sociedades donde, por efecto de una transformación brutal (cambio tecnológico, crisis económica, etc.), los principales puntos de referencia y valores comunes se derrumban en una persona.
- *Mixto*: Combinación de los estilos anteriores.

1.3 Estudio y epidemiología del suicidio: Mundial y Nacional.

1.3.1 Estudio sobre las tasas de incidencia del suicidio.

El estudio de la conducta suicida y el afán por encontrar una explicación satisfactoria ha originado una diversidad de teorías, planteamientos religiosos, filosóficos, sociales y culturales vigentes de cada época.

En nuestros días nos resulta casi una obviedad reconocer la existencia de condiciones sociales que favorecen o están asociadas con mayor inclinación al suicidio y para quien se interese por el tema, dispone de una cantidad importante de investigaciones que apuntan a precisar y poner a prueba estas relaciones. No obstante, la posibilidad de pensar el problema del suicidio desde una perspectiva sociológica no ha surgido de la nada, sino que es el resultado de una serie de debates y confrontaciones que contribuyeron a darle forma. A continuación, se abordarán los aspectos más relevantes de diversas disputas teóricas, así como de la transformación del suicidio en objeto de estudio sociológico.

Casullo, Bonaldi y Fernández, (2000), mencionan que el hecho de que algunas personas decidan voluntariamente quitarse la vida ha sido desde tiempo inmemoriales un tema de reflexión y preocupación en distintas sociedades. Se comenzará a hablar desde que comenzó a surgir una literatura moderna sobre el tema, es decir, a partir del siglo XVII. Los primeros escritos de este período estuvieron dirigidos a moderar y discutir las penalidades y condenas que la cristiandad medieval había impuesto a todos aquellos que buscaban matarse. Es importante recordar, que para el año 452, la Iglesia se había pronunciado oficialmente considerando el atentado contra la propia vida como un acto inspirado por el demonio, además de ser considerado como un homicidio sobre sí mismo, por lo tanto, se le prohibía a los familiares el entierro del difundo en el camposanto, además, la Iglesia se quedaba con los bienes del suicida. Esta visión que estigmatizaba fuertemente a todo aquél que atentara contra su propia vida se mantuvo durante toda la Edad Media.

Más adelante, la literatura del siglo XVII puso en duda estos dogmas y comenzó a plantear que algunos tipos de suicidios podían ser considerados legítimos. De esta manera, se abrió una discusión filosófica sobre la moralidad del suicidio, que se prolonga hasta nuestros días. Poco a poco esta preocupación por el deber ser fue dando lugar a un interés mayor por el conocimiento de los hechos. A finales, del siglo XVIII, los trabajos empíricos sobre el suicidio podían ser clasificados en grandes grupos. Uno de ellos estaba dado por el estudio de casos individuales, La mayor parte habían sido escritos por médicos y psiquiatras, y presentaban los resultados de varios años de experiencia. El otro grupo estaba formado por lo que se reconoció como los “estadísticos morales”. Estos autores se preocupaban fundamentalmente por el análisis de la cifra social de suicidios de las distintas sociedades. Hacia finales del siglo XVIII, los países de Europa occidental comenzaron a publicar estadísticas oficiales sobre alcoholismo, prostitución, suicidios, homicidios y otros tipos de crímenes. Los estadísticos morales consideraban que esas cifras constituían un indicador cuantitativo apropiado para analizar el estado de salud o la fortaleza moral de la sociedad (Casullo, Bonaldi y Fernández, 2000).

Para el siglo XIX, el suicidio se había convertido en una de los problemas sociales más estudiados. Un libro que fue considerado como la culminación de una serie de trabajos realizados por los estadísticos morales, o bien como una nueva forma de investigar el problema del suicidio a partir de lo establecido de una perspectiva estrictamente sociológica, es el libro de Durkheim, el padre de la sociología, él describe en su libro, la mayor parte de las correlaciones estadísticas que vinculaban al suicidio con otros factores tales como las crisis económicas, la filiación religiosa, la edad, el sexo, el estado civil, la época del año, el medio rural-urbano, la ocupación o la posición socioeconómica del individuo (Durkheim, 2008).

Casullo, Bonaldi y Fernández (2000), mencionan que aunque Durkheim, no lo reconozca explícitamente, buena parte de sus hallazgos y relaciones que presentó, ya habían sido postulados con menos sistematización por otros autores. Empero, el trabajo de Durkheim se vio favorecido por el inmenso trabajo realizado

previamente con el objetivo de conocer las relaciones del fenómeno con otros factores. En este sentido la originalidad de su trabajo, radica en que no se limitó a constatar relaciones particulares sino que procuró desarrollar una teoría sociológica abarcativa que le permitiera dar cuenta de las regularidades existentes. Comenzó por establecer una clara distinción entre los suicidios particulares y la *tasa de suicidios*. Si los primeros pueden ser explicados a partir de atributos individuales, las variaciones en las tasas de suicidio, en cambio, van a depender del tipo de relaciones que se dan en cada grupo social. El hecho de que las tasas de suicidios presentaran año tras año, valores relativamente similares le sirve a Durkheim para demostrar que, lejos de ser un simple agregado de decisiones particulares, esa cifra social de suicidios constituía un fenómeno de naturaleza diferente de la de los suicidios particulares. Durkheim consiguió formular una explicación estrictamente sociológica; a diferencia de los trabajos de los “estadísticos morales” que estudiaban la influencia de los factores del más diverso carácter, Durkheim plantea que únicamente los factores sociales son pertinentes para explicar las variaciones en las tasas de suicidios.

Durkheim (2008), en su libro *El suicidio* expresó que para mostrar que las prácticas de los individuos no se explicaban por voliciones individuales ni por razones colectivas extrasociales, como podrían ser un componente social, un atributo orgánico hereditario o la presencia de una alteración psíquica o mental, ni tampoco por factores propios del ambiente físico como la temperatura o la época del año. Ninguno de estos elementos podía ser utilizado para dar cuenta de la regularidad que presenta año tras año, las tasas de suicidios y de las variaciones sistemáticas que se dan entre las tasas de una sociedad y otra. Esto sólo puede ser explicado si se atiende a las formas de vida y de organización social propias de cada grupo social.

De tal forma que, comparó índices de suicidio con las siguientes variables, estableciendo conclusiones para cada una de ellas: índices de mortalidad, índices de locura, índices de alcoholismo, raza, religión, latitud geográfica, estaciones, temperatura, herencia y campo-ciudad (Rivera, 2010).

Durkheim planteó que las tasas de suicidios reflejan un hecho social, su libro muestra la relación existente entre los distintos valores que pueden alcanzar dichas tasas y las condiciones sociales que aumentan o disminuyen la inclinación colectiva a quitarse la vida. Las correlaciones empíricas le permitieron demostrar que en las sociedades modernas los grupos sociales con mayor cohesión social son los que presentan las tasas más bajas. Es la integración social resultante de la participación en una sociedad religiosa, doméstica o política, y la regulación moral que conllevan esas actividades lo que determina una mayor preservación de la vida. Al respecto señaló que los acontecimientos que impactan las sociedades, tardan tiempo en manifestar del todo sus efectos, por lo que menciona que: *“Toda ruptura de equilibrio social, aunque estalle de momento, tarda siempre algún tiempo en producir sus consecuencias”* (Durkheim, 1987 en Rivera, 2010, pp. 15).

Lo anterior, hace una evidente ruptura entre la forma de trabajo de Durkheim y la de los estadísticos morales. Estos últimos se preocuparon fundamentalmente por establecer simples correlaciones estadísticas, sin poder separar los factores sociales de las explicaciones psicológicas, biológicas o naturales. Durkheim en cambio, desarrolló una explicación sociológica coherente y abarcativa que le permitió, no sólo descartar aquellos factores no sociales, sino utilizar las regularidades estadísticas para poner a prueba su argumentación teórica (Casullo, Bonaldi y Fernández, 2000). Así mismo, sustentó que el incremento del número de suicidios en el mundo, está directamente influido por factores sociales como son: el grado relativo de regulación, el aislamiento social y la represión de los individuos en la sociedad (Rivera, 2010).

Por la fuerza de esa argumentación y por la pericia con que manejó la información empírica, su libro consiguió establecer una tradición de investigación sociológica claramente delineada. A lo largo del último siglo, muchos sociólogos han aceptado que la tarea sociológica en este campo debía centrarse en el estudio de las tasas de suicidios y su explicación a partir de los factores sociales. Otros desarrollaron fuertes críticas al enfoque durkheimiano, pero todos debieron tomar posición respecto de su libro (Casullo, Bonaldi y Fernández, 2000).

1.3.2 Epidemiología mundial

Gracias a los datos preliminares de las tasas de suicidio que se realizaron desde la antigüedad, desde el siglo pasado se puede tomar referencias de las estadísticas mundiales sobre el suicidio. Al respecto, se encontró que cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad global de 16 por 100 000 habitantes, o una muerte cada 40 segundos. En los últimos 45 años, las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial (OMS, 2012).

Bardet (1997, en Rivera, 2010), indica las tasas de suicidio en diferentes países industrializados reportadas por la OMS de 1991-1993, las cuales señalan lo siguiente: en Europa central, Hungría se encuentra a la cabeza, siendo la región más afectada, en Asia se señala a Japón; en América del norte a Estados Unidos y finalmente los países del litoral mediterráneo. Suecia ha sido considerada durante muchos años como el país del suicidio, sin embargo, en este periodo hay nueve países con tasas superiores a las de Suecia (Hungría, Finlandia, Dinamarca, Austria, Francia, Suiza, Republica Checa, Luxemburgo y Japón).

En general, el suicidio es la 2ª, o 3ª causa de muerte entre los 15 y 24 años, aunque en algunos países, como Japón y Dinamarca, es la 1ª causa de muerte (Diekstra, 1993 en Buendía, Riquelme, y Ruiz, 2004).

Al respecto, Borgues, Orozco, Benjec, y Medina, (2010), realizaron un análisis de las tasas de suicidio por país, contemplando la prevalencia de intento de suicidio alguna vez en la vida, y la tasa de suicidio (por cada 100 000 habitantes). Encontrando en la prevalencia del intento suicida, que en América, Estados Unidos cuenta con el 5.0% de incidencia, le sigue, Colombia con 4.7%, y en tercer lugar, México con 2.7%. Luego, en Europa, el primer lugar lo ocupa Francia con el 3.4%, en segundo lugar, Bélgica con 2.5%, y finalmente, Holanda, con 2.3%. Por otro lado, las tasas de suicidio consumado, marcan de la siguiente manera, en América: Estados Unidos con 11.1%, Colombia con 5.7% y México con 4.1%. En Europa, Ucrania con 22.6%, Bélgica con 21.1% y Francia con

17.6%. Además, se revelan datos importantes en Japón con 23.7%, y China con 13.9%.

La Organización de Mundial de la Salud, OMS (2012), reportó que el suicidio es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; aunque estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado. Se estima que a nivel mundial el suicidio supuso el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 representará el 2,4% en los países con economías de mercado y en los antiguos países socialistas. Por lo que se aprecia que 1 persona de cada 20 intentará suicidarse al menos una vez en su vida. El pronóstico del suicidio en el futuro, según se menciona en un informe de la OMS, señala que el año 2020 morirán aproximadamente 1.53 millones en el mundo por suicidio y que el número de tentativas será entre 10 y 20 veces superior (Aguila, 2011).

Por otro lado, tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se han registrado entre los varones de edad avanzada, a lo cual, el perfil suicida tanto en Estados Unidos como en Europa, es el siguiente: varones, no casados (solteros, viudos y divorciados), de raza blanca pertenecientes a un nivel social alto, que viven en ciudades y sociedades industrializadas (Enciclopedia Hispánica, XIII, 1990, p. 314, en Rivera, 2010).

Rivera (2010), al analizar este perfil, denotó que el nivel social alto permite mayor acceso a satisfacciones sociales, un mejor per capita, mayores niveles de educación y de cultura, mientras que el vivir en ciudades y sociedades industrializadas se asocia con un mayor acceso a las actividades económicas, políticas y culturales. El único rubro de desventaja es el estado civil, en donde quienes se suicidan por lo general, no son casados, sino solteros viudos y/o divorciados. Por lo tanto, se suicidan más quienes aparentemente tienen una situación socioculturalmente de ventaja, que los pobres, desprotegidos y/o explotados.

No obstante, actualmente las tasas de suicidio entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora estos son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo. Como bien lo menciona Rivera (2010), en la mayoría de países el suicidio se ubica dentro de las diez principales causas sobre todo entre la población adolescente.

El Consejo Nacional de Población señala que en los últimos 20 años se duplicó el número de suicidios entre los niños y adolescentes al pasar de 1.4 a 3.7 por cada cien mil habitantes, por lo que a partir de 2006 constituye la tercera causa de muerte infantil (Aguila, 2011).

Estadísticas de instituciones de salud pública revelan que en un promedio de 14 jóvenes, entre 15 y 24 años, muere cada día por suicidio, es decir, cada hora y 40 minutos comete suicidio una persona por debajo de los 25 años. Aguila, (2011), reporta que en los últimos 35 años el índice de suicidio juvenil se ha triplicado: la mayoría de los suicidios de adolescentes ocurre por la tarde o tarde-noche en la casa de la víctima. De 7 a 16% de adolescentes reportan un historial de intentos de suicidio. Por tanto, el suicidio pasó a ocupar el segundo lugar como causa de muerte en el mundo dentro de los adolescentes con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años.

Los trastornos mentales (especialmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol) son un importante factor de riesgo de suicidio en Europa y América del Norte; en los países asiáticos, sin embargo, tiene especial importancia la conducta impulsiva. Además, la OMS revela que hay tres veces más suicidios en los hombres que en las mujeres, pero hay tres veces más intentos de suicidio en las mujeres. Por otro lado, las tasas de suicidios más elevadas se dan en los países de Europa del Este, como Lituania o Rusia. El índice más bajo se registra en América Central y Suramérica, en países como Perú, México, Brasil o Colombia. Estados Unidos, Europa y Asia están a mitad de la escala. Sin embargo, México, Latinoamérica y la zona mediterránea de Europa (con excepción de Francia), aunque comparten índices bajos de suicidio, también

comparten la expresión abierta de emociones y tendencia familiar más que individual (INEGI, 2006, en Rivera, 2010).

Empero, como se ha mencionado anteriormente, las tasas de suicidio y las de intento suicida, tanto en la Ciudad de México como en algunas otras ciudades de provincia, han estado en aumento. La OMS (2012), agregó que el suicidio es un problema complejo, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales.

1.3.3 Epidemiología en México

De acuerdo con lo mencionado en la última parte del punto anterior, El comportamiento suicida es un factor de mucha importancia y al que se le debe prestar atención inmediata debido a la frecuencia con la que se presenta actualmente.

El análisis de las tasas de suicidio en México tanto en hombres como en mujeres durante un periodo de 24 años que abarca desde 1970 a 1994, se observa un incremento de 156%, dado que en 1970 se reportaron 554 muertes por suicidio y en 1994, 2603. El incremento fue mayor en la población masculina que en la femenina (169% para ellos y 98% para ellas). De manera similar a lo observado en diferentes países del mundo, los grupos de edad en donde aumentó considerablemente el número de suicidios fueron el de las personas mayores de 65 años y el de las personas menores a 19 años. En 1994 la tasa de suicidios para ambos sexos fue de 2.89 por cada 100 000 habitantes, y la tendencia de este fenómeno es la de continuar su crecimiento (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996, en Rivera, 2010).

De acuerdo con estos estudios, el suicidio se hallaba como la decimoctava causa de muerte en México, en la población en general (INEGI, 2000), la cuarta causa en población de entre 15 y 29 años, y la séptima entre 5 y 14 años (INEGI, 2006). Aunque probablemente, las últimas cifras hayan sido todavía mayores, debido a que tanto el suicidio como el intento suicida son con frecuencia ocultados

por los familiares dado al impacto de este hecho, el cual además de tener connotaciones legales que vuelven más complicado el proceso. En la mayoría de las veces es considerado como una situación embarazosa o como un pecado, llegando incluso a negarse a una ceremonia religiosa tradicional cuando la muerte ha sido por esta causa.

Los estados de la República en donde se presenta mayor número de casos de suicidio en México durante el periodo de 2002 a 2004 son: Jalisco, Veracruz, Distrito Federal, Chihuahua, Guanajuato, Nuevo León, Tabasco, Sonora, Yucatán y Michoacán (INEGI, 2006, en Rivera, 2010).

En los últimos años se documentó un notable incremento en las tasas de suicidio entre la población infantil y juvenil en la República Mexicana; de los estados que sobresalen son el Distrito Federal, Yucatán, Campeche, Tabasco y Jalisco (Aguila, (2011).

Borgues, Orozco, Benjec, y Medina, (2010), documentaron la distribución del suicidio por entidad federativa en nuestro país, para los años 1990 y 2007. Para los hombres sugieren el riesgo en dos áreas: una formada por los estados del sureste (especialmente Tabasco, Campeche y Quintana Roo), y por los estados del norte (Baja California, Sonora y Chihuahua). Para las mujeres la situación es menos marcada, con estados también del sureste (Campeche, Tabasco, Quintana Roo), pero seguidos de estados de más del centro de la República (Baja California, Querétaro y Jalisco).

De acuerdo con la frecuencia con la que se presenta el suicidio en la actualidad, la conducta suicida se ha convertido en un fenómeno de gran relevancia en nuestra sociedad, siendo considerado como un problema de salud pública en México. En concordancia con los datos estadísticos anteriormente referidos, las estadísticas de mortalidad del 2011 que presenta el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2013), a nivel nacional se registraron 5 mil 718 suicidios, de los cuales el 80.8% corresponden a hombres y el 19.2% a mujeres. En lo que respecta a la evolución de este fenómeno, de 1990

a 2011 la tasa de suicidio en la población se duplicó; al pasar de 2.2 a 4.9 suicidios por cada 100 mil habitantes. Del total de la población que cometió el suicidio, los jóvenes de entre 15 y 29 años fueron quienes representaron la mayor proporción de fallecimiento (43.5%).

La mortalidad por suicidio ha aumentado lenta pero constantemente en los últimos 40 años, y se ha percibido un crecimiento mayor en hombres. El suicidio que en 1970 era reconocido en México como un problema importante especialmente en la población de mayor edad, ha cambiado drásticamente. Actualmente el suicidio se incrementa muy rápidamente en el grupo de 15 a 29 años, y se constituye ya en una de las primeras causas de muerte en este grupo de edad, siguiendo esta tendencia a nivel internacional. En el rango de edad de 15 a 24 años, se posiciona como la tercera causa de muerte. Para los varones jóvenes en ese rango de edad, representa el 10.64%, y en las mujeres el 18.11% del total de las muertes por suicidio. En cuanto al porcentaje de ideación suicida, se reportó el 10.01% en la población de entre 12 a 17 años, seguida de una prevalencia de 8.74% en el grupo de 18 a 29 años, en los últimos 12 meses. Se encontró que la prevalencia de los intentos de suicidios es dos veces mayor en las mujeres, que en los hombres. De los casos de intento de suicidio en adolescentes, el diagnóstico principal en hombres es de trastornos por impulsividad, mientras que en las mujeres lo son los trastornos de ansiedad (Borgues, Orozco, Benjec, y Medina, 2010).

En concordancia con lo anterior, las estadísticas indican que la cantidad de suicidios en varones es mayor que la de las mujeres, y el incremento en las tasas de los varones ha sido mayor que en el de las mujeres, aunque éstas presentan prevalencias más elevadas de intentos que los hombres. Son muchos los posibles determinantes del suicidio consumado y el intento de suicidio, que van desde el nivel social hasta el nivel genético (Borges y Mondragón, 2003, en Rivera, 2010).

Probablemente el mayor número de suicidios consumados en los varones se explique por el miedo a fallar el intento (Davis y Sandoval, 1991; Garfinkel, 1989; Ingersoll, 1989 en Kirk, 1993, en Rivera, 2010). De ahí que los hombres

utilizan métodos más letales que las mujeres, por ejemplo, armas de fuego. No obstante, se observa una tendencia en el grupo de las mujeres a incrementar el uso de métodos letales. Ellas por lo general intentan suicidarse con sobredosis de medicamentos y de veneno; con mayor frecuencia utilizan tranquilizantes menores y/o mayores.

La trascendencia de estudiar éste fenómeno en jóvenes resulta relevante en tanto que se trata de una población cuya expectativa de vida idealmente haría menos probable que se reportaran problemas relacionados al intento deliberado de quitarse la vida. No obstante, en la realidad se han reportado datos importantes sobre las percepciones de los jóvenes sobre su propia vida, las cuales, se han relacionado con inestables estados emocionales. Datos de la Encuesta Nacional de Juventud 2005, muestran que el 44% de la población entre 12 y 29 años de edad opina que es mejor “vivir al día”; mientras que 19% justificaba conducir e ingerir alcohol y 32% afirmó que ante la impunidad era válido hacerse justicia por propia mano. Aunque la mayoría de las veces estos pensamientos se ocultan bajo una apariencia de conformidad y disfrute superficial en forma de consumo de bebidas alcohólicas o de ocio juvenil, Cubillas, Pérez, Valdez, y Galaviz, (2012), señalan que los sentimientos generalizados de desánimo e incompreensión ante búsquedas no satisfechas pudieran desencadenar problemas depresivos, que por ende, decaerían en comportamientos suicidas.

Fuentes oficiales como el INEGI, la Secretaría de Salud y la SEMEFO, muestran un panorama epidemiológico de la problemática suicida, todas ellas coinciden en señalar que la población de adolescentes y jóvenes adultos es la que presenta la mayor prevalencia en cuanto suicidio consumado y a su tentativa, además revelaron que los varones se suicidan más y que en las mujeres es más alta la tasa de intentos; por último hicieron mención de que hay zonas geográficas del país con mayor prevalencia de conductas suicidas (González, Arana, Jiménez, 2008). De acuerdo a las estadísticas nacionales, a excepción de Baja California, los Estados de la frontera norte tienen tasas más altas de suicidios que las de nivel nacional (Cubillas, Pérez, Valdez, y Galaviz, 2012).

Entre las principales razones del intento suicida en adolescentes de 15 a 20 años de la Ciudad de México se encuentran los problemas familiares (55.4%), la decepción amorosa para el caso de los hombres (26.7%) y la depresión en el de las mujeres (13.2%). Los métodos que utilizan en el intento suicida son armas punzocortantes en hombres; y la intoxicación en mujeres (Betancourt, 2002, en Rivera, 2010). En cuanto a las causas y factores a los que podrían enfrentarse los adolescentes que se encuentran en riesgo suicida se abordarán con detenimiento en el siguiente capítulo.

II. ¿POR QUÉ HABLAR DE SUICIDIO EN JÓVENES UNIVERSITARIOS?

“Dadme veneno para morir o sueños para vivir”
Gunnr Ekelof

La complejidad de la conducta suicida y el afán por encontrar una explicación satisfactoria ha originado una diversidad de planteamientos de diferentes índoles. Las similitudes que las acercan serían las predicciones de los actos suicidas, algunas son más centradas en los factores sociales, mientras que otras son determinadas por características personales y motivacionales.

Para estudiar los comportamientos e ideaciones suicidas en la etapa adolescente es necesario operar desde un marco teórico que integre distintos modelos. Por lo cual, se apoya la estructura propuesta por Casullo, Bonaldi y Liporace, (2000), que plantea una visión cognitiva-psicodinámica-sistémica, pues integra propuestas complementarias, donde:

- a) Se entiende al adolescente como integrante de un sistema familiar específico en el cual incorpora creencias, valores y significaciones determinadas en relación con la vida, la muerte, el objetivo de un proyecto de vida, que operan tanto a nivel consciente como inconsciente.
- b) Ese individuo contextualizado (social, cultural e históricamente) tiene experiencias diversas en el curso de su ciclo de vida, las que se interpretan y comprenden en sus relaciones, y con las posibilidades que le ofrece su subsistema neurobiológico.

Dado que el individuo no está aislado sino se encuentra inmerso dentro de un contexto, se retoma la perspectiva sistémica mediante la cual es posible analizar los diferentes subsistemas y la interrelación que éstos guardan entre sí. De ahí que un nivel de abordaje puede ser el análisis de los factores individuales, en otro nivel encontraríamos el entorno inmediato conformado por familiares, amigos y escuela, y en un nivel más alejado, pero que aún continúa marcando una

importante influencia, se encuentra la comunidad y la sociedad en general (Rivera, 2010).

Al hablar de los adolescentes suicidas, se toma en cuenta la Terapia Familiar Sistémica debido a que, se señala que ésta tiene eficacia a partir de que se respeta activamente a los miembros de la familia, puesto que se les incluye en el proceso de tratamiento. En este tipo de terapia la familia, es contemplada como un recurso para facilitar el restablecimiento. De aquí, que resulte conveniente analizar los tipos de familias que existen y que de alguna manera conducen al adolescente a tomar una decisión como la de autodestruirse (Fishman, 1990, en Avendaño, 1995).

La conducta suicida tiene un espectro multicausal. A lo cual, Scheidman, (1985, en Rivera, 2010), quien es considerado uno de los principales investigadores sobre suicidio, describió lo siguiente, tras sus 35 años de trayectoria en materia de riesgo suicida: *“Yo creo que cada caso tiene su propia y única constelación de factores incluyendo en el centro el vital rol del ideosincráticamente llamado dolor psicológico, el cual está impulsado por un patrón de necesidades psicológicas frustradas especiales para cada persona en particular”* (pp.19).

Empero, Scheidman, ha establecido aspectos comunes de diferentes suicidios e intentos suicidas, las cuales son:

- a) El propósito común del suicidio es buscar una solución.
- b) La meta común es suspender la conciencia.
- c) El estímulo usual es el intolerable dolor psicológico.
- d) El estresor común es la frustración a las necesidades psicológicas.
- e) El estado emocional común es la desesperanza y la falta de ayuda.
- f) La emoción es la depresión.
- g) El acto es usualmente cometido en un estado de ambivalencia en donde el individuo siente constricción de sus opiniones.
- h) La acción común en el suicidio es la agresión.

- i) El estado cognitivo es la “visión de túnel”.
- j) El acto interpersonal común es la comunicación de la intención.
- k) La consistencia del suicidio es la dificultad en los patrones de enfrentamiento a lo largo de la vida.

Es notable que el patrón de suicidios en los adolescentes se ha modificado con el paso del tiempo. Puede percibirse que en décadas anteriores la incidencia de suicidios predominaba en el periodo de la vejez; sin embargo, cada vez es más frecuente su ocurrencia durante el periodo adolescente. Respecto a las causas registradas, en nuestro país durante el período 1979-1997, se localizan los traumatismos y envenenamientos, los cuales ocuparon el primer lugar en la mortalidad del grupo de adolescentes, presentando un aumento de 9.5% y 10.4%, respectivamente. Los datos registrados durante los años 1990 al 2004, por el INEGI, analizan las causas del suicidio, en primer lugar aparece un disgusto familiar y en segundo lugar, las causas amorosas. En el intento suicida el medio utilizado principalmente es la intoxicación, seguido por el uso de arma blanca, por la ingestión de veneno y el estrangulamiento. Para el suicidio, con mayor frecuencia se realiza el estrangulamiento, seguido por el uso de arma de fuego. En menor proporción aparecen la intoxicación y la ingesta de veneno (Rivera, 2010).

A pesar de que las tasas de suicidio en adolescentes son diferentes según cada país, si hay, algunas características relativamente constantes que precisan los factores de riesgo más habituales que desencadenan el suicidio, los cuales se presentarán a continuación.

2.1 Factores de riesgo que desencadenan el suicidio en jóvenes: psicológicos, familiares y sociales.

La delimitación de los factores capaces de determinar una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de conductas suicidas, ha sido una de las líneas de investigación que han alcanzado mayor relieve en los últimos años en el estudio del suicidio en adolescentes. Son muchos los trabajos que han ido aportando información sobre el papel de determinadas variables como factores de

riesgo, habiéndose señalado condiciones tan dispares como la pérdida temprana de alguno de los padres, haber sido objeto de abuso sexual, exposición a violencia familiar, presencia de trastornos de ánimo, problemas académicos, dificultades para la inserción laboral, problema académicos, entre otros (Buendía, Riquelme, y Ruiz, 2004).

En base a la bibliografía consultada por Bonaldi y Fernández, (2000), encontraron como principales factores de riesgo los siguientes:

- Desequilibrio en neurotransmisores (neurobiológicos).
- Trastornos psiquiátricos (psicopatológicos).
- Pobres habilidades para resolver problemas (cognitivos).
- Violaciones sexuales muy agresivas (experiencias vitales traumáticas).
- Trastornos en la identidad sexual (desarrollo personal).
- Acceso a armas de fuego (ambientales).
- Adicción a drogas (uso de sustancias).
- Conflictos entre los padres, familias disfuncionales (familiares).
- Desempleo, problemas laborales (psicosociales).

Spirito y Overholser, (2003), en Rivera, (2010), opinan que entre las razones que llevan a algunos adolescentes a realizar conductas que atentan contra su bienestar, se encuentran: aliviar el sentimiento de vacío, castigarse a sí mismo, para los sentimientos negativos o desagradables o para sentirse relajados.

Vargas y Saavedra (2012), mencionan que existen diferentes factores de riesgo que contribuyen a la ocurrencia de la conducta suicida; desde una perspectiva sistémica, se encuentran los de tipo individual, familiar y social.

Cuando se analizan los factores individuales de los adolescentes asociados con el suicidio y el intento suicida, consistentemente aparece la sintomatología depresiva acompañada de ideación suicida, la conducta impulsiva, estrategias ineficaces para enfrentar problemas, así como falta de habilidades de interacción. Cuando estas características individuales se ven acompañadas de un contexto familiar conflictivo, la probabilidad del intento suicida aumenta (Rivera, 2010).

Una posible explicación biológica del intento suicida es el hecho de la discontinuidad que ahora existe entre los cambios que han ocurrido en función biológica (por ejemplo, en la reducción de la edad de la menarca de los 16 a los 12.5 años en los últimos 100 años) y la madurez psicológica (Rivera, 2010).

La investigación biológica plantea algunas cuestiones, nuevas e importantes se enfocan en predecir el comportamiento suicida mediante la revisión de los niveles del neurotransmisor serotonina. De acuerdo con J. John Mann, profesor de Neurociencia del Instituto de Columbia y jefe del Departamento de Neurociencia del Instituto de Psiquiatría de Nueva York, los cerebros de más de 95% de los suicidas presentan una falta de serotonina. La AFSP (American Foundation for Suicide Prevention), reporta que existe una clara relación entre las bajas concentraciones de un metabolito de la serotonina, el ácido 5 hidroxindoleacético (5 HIAA), en el líquido cefalorraquídeo y una mayor incidencia de intentos de suicidio y suicidios consumados en pacientes psiquiátricos (Aguila, 2011).

Por otro lado, Casullo, Bonaldi y Fernández, (2000), expresan especial interés en el problema de la comorbilidad, contemplando las ideaciones e intentos suicidas presenten en jóvenes que consumen drogas o sustancias adictivas, como la ingesta excesiva de alcohol; en otros con trastornos severos de personalidad, en algunos que evidencian la presencia de un trastorno psiquiátrico. Mencionan que los factores con significación etiológica son muchos y variados y se asocian con cuadros psicopatológicos diversos, por ejemplo, depresión o esquizofrenia.

Los trastornos psiquiátricos desempeñan un papel importante en las cifras de suicidio. La fundación Estadounidense para prevención del suicidio (AFSP), afirma que al menos 90% de las personas que se quitan la vida tiene una enfermedad psiquiátrica diagnosticable y tratable, como depresión clínica, trastorno bipolar o algún otro trastorno depresivo. De los suicidas adultos, 90% tiene al menos un trastorno psiquiátrico; en los jóvenes sólo se presenta en alrededor de 60% (Aguila, 2011).

Dado que la mayoría de los individuos que intentan suicidarse o de hecho lo consiguen, avisan con antelación en forma de ideación suicida verbalizada, su evaluación con el fin de estimar el riesgo real de comportamiento suicida debe formar parte de los protocolos de evaluación de pacientes, especialmente en aquellos que presenten: trastornos de ánimo, esquizofrenia, alcoholismo o trastornos de personalidad (Freeman y Reinecke, 1995; Díaz, et al., 1997; Rodríguez, 1998, en Buendía, Riquelme, y Ruiz, 2004).

Casullo, Bonaldi y Fernández, (2000), también muestran los resultados de estudios que refieren una asociación con la conducta suicida, de los problemas de conducta y los ataques de pánico en los adolescentes. Los autores aluden a la presencia de psicopatología, al inadecuado uso de los mecanismos de defensa, lo cual reduce las posibilidades de adaptabilidad así como el empleo adecuado de estrategias de afrontamiento de situaciones conflictivas.

Asimismo, estos autores contemplan los rasgos o estilos de personalidad como características estables de la persona en relación a determinados contextos o hábitats en función de los cuales se fueron estructurando. Algunas características pueden convertirse en altamente autodestructivas, bajo determinadas circunstancias, por ejemplo, la ambición, la impulsividad, la apatía y el pesimismo, rigidez cognitiva, el cual se refiere a que el individuo cuente con pocas estrategias para afrontar y resolver problemas; así como el rechazo a recibir ayuda y el escapismo (Casullo, Bonaldi y Fernández, 2000). Asimismo, Aguila, (2011), concuerda al decir que los rasgos de carácter encontrados en la población adolescente suicida son: impulsividad, rigidez, ambivalencia, y en últimas fechas, la mancuerna de poca tolerancia a la frustración y la poca capacidad de demora.

Las conductas impulsivas se asocian frecuentemente con la etapa de la adolescencia. Páez, Jiménez, López, Ortega y Nicolini, (1996), en Rivera (2010), mencionan que los trastornos en el control de los impulsos, deseos o tentaciones de cometer un acto dañino para la propia persona o para los demás, en donde el individuo siente una creciente tensión o excitación antes de cometer el acto y al

cometerlo tiene experiencias placenteras, de gratificación y alivio. Las conductas impulsivas se han relacionado con una gran variedad de problemas psiquiátricos entre los que se incluyen el abuso del alcohol y dependencia de sustancias, los trastornos de alimentación, la conducta suicida y la criminalidad.

El suicida es alguien que en momentos de desesperación y crisis actúa impulsivamente convirtiéndolo en alguien poco reflexivo. Son extremadamente sensibles y lábiles, por lo que sus relaciones interpersonales y sus afectos pueden variar de un extremo al otro, incluso varias veces al día, con la consiguiente sensación de inestabilidad y confusión que produce en ellos mismos y en los que le rodean. Viven constantemente en los extremos, pasando de la euforia a la depresión, de la ingenuidad a la desconfianza paranoide, del amor al odio, y todo porque su estructura mental no les permite integrar, psicológicamente hablando, los matices, las gradaciones ni las ambivalencias, “es todo o es nada” (Aguila, 2011).

Siguiendo al mismo autor, se considera que cada vez es más frecuente recibir en consulta a pacientes con trastorno límite de la personalidad. Estas personas se sienten consigo mismas en casi permanente estado de confusión, como si no tuviera una identidad propia suficientemente constituida que les sujete la vida, y tienen verdaderas dificultades para regular sus necesidades desde sí mismos, por lo cual, se encuentran a merced de sus propios impulsos, a los que no saben cómo poner límite. Viven en una permanente inestabilidad emocional (Aguila, 2011).

De acuerdo con la anterior, Kirk, (1993), en Rivera (2010), describe los siguientes factores de riesgo de intento suicida:

1. Intentos suicidas previos.
2. Comunicación directa e indirecta, tales como:
 - a) Señales verbales.
 - b) Cartas de despedida.

- c) Advertencias escritas.
- d) Regalar sus pertenencias.
- e) Hacer testamento.
- f) Preparar su funeral.

3. Depresión:

- a) Desesperanza.
- b) Desamparo.
- c) Autodevaluación.
- d) Enfermedad y tristeza.
- e) Incremento de la inatención y de la distractibilidad.
- f) Apatía e inercia.
- g) Alteraciones en la alimentación y el sueño.
- h) Ansiedad y agitación.
- i) Deterioro físico.

4. Estresores múltiples o físicos:

- a) Abuso de sustancias.
- b) Trastornos de conducta.
- c) Trastornos psicóticos y esquizofrenia.
- d) Problemas de aprendizaje.

Es evidente que no son la causa única; sin embargo, propician un contexto ya sea protector o de riesgo ante este hecho. Las desigualdades sociales, el desempleo, la marginación, la pobreza, las presiones económicas, la inseguridad, entre otras, son elementos que pueden vulnerar aún más a las familias y a los individuos que dentro o fuera de ellas se desarrollan. Como lo mencionaba Durkheim, (1897), en Rivera, (2010), señalaba la relación entre las condiciones sociales, sobre todo con respecto a las formas de producción, mismas que generan estructuras sociales que inciden directamente en los individuos.

Por su parte, Eguiluz, Rosales, y Córdova, (s.f.), mencionan que entre los factores involucrados en la ideación suicida de acuerdo con González- Forteza (1998), se encuentran los siguientes: abuso de alcohol y drogas, la soledad, los problemas económicos, los problemas con los padres, con los compañeros, las pérdidas en general, sean económicas, emocionales o afectivas, y la desesperanza.

Beck define la desesperanza como un deseo de escapar de algo que uno considera que es un problema insoluble y no tiene esperanza de que el alivio del mismo sea posible en el futuro. La desesperanza tiene que ver en este sentido con un sistema de esquemas cognitivos que parte del elemento común de las expectativas negativas, hasta que lleva un sentimiento general de desesperación y de falta de intención de vivir. Por tal motivo, Beck identificó la desesperanza como un importante predictor de la ideación y conducta suicida (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974, en Buendía, Riquelme, y Ruiz, 2004).

Según Freese (1979), en Buendía, Riquelme, y Ruiz, (2004), algunos adolescentes que no tienen habilidades sociales adecuadas empiezan sintiendo que necesitan ayuda y después, tras experimentar esta sensación durante algún tiempo, comienzan a tener desesperanza.

Para Ramos y González (1993), el constructo “*desesperanza*” parece ser una característica principal en el intento de suicidio. De hecho, en la realización de diversos estudios, se ha encontrado como resultado que la desesperanza sería una de las características centrales de las personas deprimidas y de aquellas con intención suicida (LaFrombiose y Howard-Pitney, 1995; Howard-Pitney y cols, 1992; McMahon y Armstrong, 1991; Sadowski y Kelley, 1993, en Buendía, Riquelme, y Ruiz, 2004).

Al respecto de la desesperanza, Casullo, Bonaldi y Fernández, (2000), aluden a los estados emocionales muy intensos como generadores de un deseo igualmente intenso de ponerles fin. Los adolescentes suelen experimentar sentimientos con alta intensidad como la humillación, y al sentirse humillados

originan deseos de abandonar todo, abatimiento, apatía y tendencias agresivas comunes en individuos con intentos e ideaciones suicidas. Peck, (1993), en Casullo, Bonaldi y Fernández, (2000), menciona que casi un tercio de los jóvenes que contemplaron el suicidio dejaron notas en las que expresaban sentimientos de fracaso por no poder lograr metas que se habían propuesto. Las emociones intensas se estructuran como reacción de estrés crónico y traumas, que interactúan con predisposiciones o características de personalidad, estrategias inadecuadas para afrontar tales situaciones estresantes así como relaciones interpersonales insatisfactorias. Otros estados afectivos hacen referencia sentimientos de vergüenza, soledad, sentirse muy diferente al resto, aislamiento y culpa.

Asimismo hoy en día, los estándares de vida generales se han incrementado, y una variedad de condiciones sociales son generadores de un sentimiento de desesperanza y alteran el bienestar del adolescente, como son, el aumento de la drogadicción y el narcotráfico; la ruptura de valores y creencias tradicionales y la falta de oportunidades de estudiar y/o de trabajar para los jóvenes.

Rivera, (2010), expresa que durante el verano de 2003; se planteó en los medios masivos de comunicación que por lo menos dos adolescentes se quitaron la vida al no haber alcanzado lugar en alguna institución educativa del sector público, considerándose como principal causa del suicidio los factores sociales, específicamente la falta de oportunidades educativas.

Adicionalmente, Rivera, (2010), refiere que en México la principal causa de muerte dentro de la población adolescente son los accidentes automovilísticos (SISVEA, 1994-1997), los cuales pueden estar relacionados ya sea con sintomatología depresiva, impulsiva, déficit de atención, estrés y consumo de alcohol y/o drogas.

El alcohol y sustancias de abuso son predictores de suicidio en personas con riesgo. Cerca de 50% de los suicidas está intoxicado al morir y 18% de los alcohólicos muere por suicidio (Aguila, (2011).

Langer, (1980), en Rivera, (2010), considera que los jóvenes que han intentado quitarse la vida, con frecuencia toman esa decisión ante los acontecimientos inmediatos que precipitan la acción, por ejemplo, la ruptura, o amenaza de terminación de un romance, un embarazo, el fracaso en la escuela, conflictos con los padres, el rechazo por parte de un amigo u otros acontecimientos que le afecten emocionalmente. Por tanto se vincula la conducta suicida con el aumento en la accesibilidad del alcohol y de drogas, el aumento en la permisividad o libertad hacia los adolescentes y los grandes cambios sociales que han ocurrido pueden estar interviniendo.

En relación con lo último, en México se reconoce que la juventud es uno de los principales activos de competitividad en el país, jóvenes de entre 15 y 24 años, siendo el 26.8% de la población mexicana quienes cuentan con la ventaja de tener un desarrollo armónico, y mayores posibilidades de educación, tecnológicas y de comunicación para modificar sus trayectorias de vida a comparación de sus ancestros, no obstante, actualmente son una población que se encuentra en riesgo de padecer problemas de depresión que los puede llevar al intento de acabar con su propia vida (Cubillas, Pérez, Valdez, y Galaviz, 2012).

Aunado a que México tiene muchas carencias con respecto a la equidad de los servicios de salud, así como en la calidad de la atención tanto técnica como interpersonal; los problemas económicos de la mayor población son severos. Gran parte de la población nacional es considerada como pobre, más aún, parte de ella se encuentra en extrema pobreza. Sin embargo, todavía no se cuenta de datos en este país que asocien el suicidio con la pobreza; no obstante, con frecuencia se refiere que el suicidio, en el caso de los adultos se encuentra asociado con presiones económicas (Rivera, 2010).

Esta situación resulta preocupante ya que se trata de muertes prematuras, que a la vez, resulta ser un problema de salud que demanda prevención y atención de manera urgente.

Entre otros elementos que conllevan a la conducta suicida que radican de manera personal, es la baja autoestima, que está relacionada con la depresión, ante lo cual, Cubillas, Pérez, Valdez, y Galaviz, (2012) documentaron la relación entre depresión y comportamientos suicidas. Los autores realizaron un estudio comparativo con estudiantes de educación media superior en el Estado de Sonora, de entre 15 y 19 años, de ambos sexos, la muestra fue de 1358 participantes. Se aplicaron dos instrumentos, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos denominada CES-D, diseñada por Radloff, y la Escala de Ideación suicida de Roberts. Se encontró que los jóvenes que presentan ideas e intentos suicidas muestran mayores estados depresivos en comparación con los grupos sin estos comportamientos. La depresión aparece en 67.3% de quienes han intentado suicidarse y en 81.1% de quienes manifiestan ideas suicidas. En relación con la depresión y las diferencias por sexo, un análisis del grupo de jóvenes sin ideación muestra que las mujeres presentan más rasgos depresivos en relación con los varones. Por lo que, las mujeres son más propensas a presentar intentos suicidas, empero, se ha encontrado que los hombres tienen mayor índice de llevar a cabo el suicidio consumado.

Respecto a las causas que desencadenan el síntoma depresivo en los adolescentes, Rivera (2010), describe los motivos que se presentan en los hombres y en las mujeres. Los conflictos con el (la) mejor amigo(a) se relaciona con el ánimo depresivo, así como la tendencia a somatizar y a reportar malestar; las mujeres reportan con mayor frecuencia que los varones, malestar en sus relaciones interpersonales (González-Forteza y Andrade Palos, 1993, en Rivera, 2010).

Por otra parte, Cova, Alvial, Aro, Bonifetti, Hernández, y Rodríguez, (2007), se dedicaron al estudio de las problemáticas mentales existentes en estudiantes de una Universidad de Chile, en donde participaron 632 alumnos, elegidos

aleatoriamente. Al aplicar el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck, encontraron que los jóvenes presentan problemas como: ansiedad, depresión, trastornos alimenticios, ingesta de bebidas alcohólicas y drogas, además de tener pensamientos suicidas. Alrededor del 25% de los estudiantes señaló haber pensado algunas veces o habitualmente, en los últimos tres meses, que sería mejor estar muerto. Al respecto, el 10% había deseado matarse y un 7% había pensado cómo hacerlo. Los investigadores discutieron que los estudiantes con sintomatología ansiosa y depresiva son los más proclives en tener ideas suicidas, lo cual, refleja la evidencia de sentimientos intensos de un malestar frecuente que conducen a la conducta suicida.

Aun cuando con frecuencia se considera a la depresión durante la adolescencia como una fase “normal del desarrollo”, asociada con la *edad de la confusión*, se tiene evidencia de severos trastornos depresivos durante esta etapa. Más de 3% de los adolescentes sufren condiciones, incrementándose la probabilidad acumulativa de padecer un trastorno depresivo en la adolescencia tardía de 10 a 20%, asimismo existe una relación estrecha entre la presencia de éstos en la vida adulta, encontrándose una marcada tendencia a la recurrencia de los trastornos depresivos en los jóvenes (Rivera, 2010).

Es así como la depresión en la juventud puede predecir un trastorno más grave durante la vida adulta, que aunado a las ideas e intentos suicidas son los predictores más directos de las cifras de suicidios consumados. En un análisis sobre depresión, como factor de riesgo para la presencia de comportamientos suicidas, se encontró que los jóvenes que presentan depresión tienen un riesgo 16 veces mayor de tener pensamientos suicidas y cinco veces mayor para intentos de suicidio (Cubillas, Pérez, Valdez, y Galaviz, 2012). Por tanto, Lester y Gatto, (1989), en Buendía, Riquelme, y Ruiz, (2004), refieren que la depresión está relacionada muy directamente con la ideación suicida.

La depresión afecta aproximadamente 340 millones de personas en el mundo, es una de las enfermedades más discapacitantes; además es considerada un problema de salud mental prioritario en México, dado que, por sí misma,

representa 35% del total de trastornos mentales del país, seguida por el alcoholismo con 11.3%. Está presente en una de cada diez personas que acuden a servicios de atención primaria y generalmente no es identificada y mucho menos atendida con oportunidad. Se estima una prevalencia de entre 12% a 20% en la población adulta de 18 a 65 años; más de diez millones de mexicanos sufrirá depresión en algún momento de su vida (Rivera, 2010).

En cuanto al número de episodios depresivos más de 55% de los pacientes han presentado dos o más episodios depresivos, lo que hace que se le considere como un trastorno crónico. Una de las complicaciones más temidas de la depresión es el suicidio, en donde existe hasta 60% de vinculación entre éste y la depresión (Programa Nacional de Salud, 2001-2006; Programa de Acción en Salud Mental, en Rivera, 2010).

Debido a la alta frecuencia en la que son reportados los síntomas depresivos en los adolescentes (entre 21 y 32% reportan de mediados a severos síntomas depresivos), a la ocurrencia de los trastornos depresivos y la tendencia de que éstos permanezcan hasta la vida adulta, es importante aumentar la atención a la depresión en los adolescentes tanto por su alta prevalencia como por el factor de riesgo que está implica para el desarrollo de otros trastornos, especialmente por su asociación con el suicidio (Schochet y Dadds, 1997, en Rivera, 2010).

En relación con las causas de tipo interpersonal cabe destacar las reflexiones de Linares y Campos, (2002), en Rivera, (2010), quienes enfatizan el carácter relacional de la depresión considerándola más que un problema de origen genético y de carácter individual, como un problema que se sostiene y mantiene por una red de relaciones en el seno familiar, principalmente explicadas por las funciones parentales y las conyugales ejercidas en la familia de origen por los padres en sus roles de padres o de esposos.

Por otro lado, las diferencias en las tasas de prevalencia según el género también resultan importantes, si recordamos lo dicho sobre que, son más altas las

que se refieren a los suicidios consumados, para los varones y a parasuicidios en las mujeres. Las cuales están relacionadas con los recursos empleados para matarse: los varones emplean más frecuentemente armas de fuego, lo que supone mayor certeza de muerte, en tanto que las mujeres suelen recurrir a las píldoras o al gas, cuyos efectos letales son menores (Casullo, Bonaldi y Fernández, 2000).

Rivera (2010), resume los factores de riesgo que pueden relacionarse con el suicidio y el intento suicida en los adolescentes:

Individuales:

- Trastornos depresivos.
- Abuso sexual.
- Marcada búsqueda de experiencias novedosas.
- Escasos recursos para enfrentar los conflictivos.
- Baja autoestima.
- Abuso de sustancias.
- Conductas impulsivas.

Familiares:

- Violencia familiar.
- Inestabilidad familiar: conflictos maritales, separación y divorcio.
- Desapego padres-hijos.
- Antecedentes de suicidio en la familia.
- Consumo de alcohol o drogas en los padres.

Sociales:

- Exposición a la violencia del entorno.
- Falta de apoyo social.
- Sucesos estresantes.
- Problemas académicos.

- Conflictos con los amigos.

Pese al esfuerzo desarrollado por estudiar los factores que desencadenan la conducta suicida, aún existe un importante desconocimiento sobre el peso específico que muchos de estos factores puedan tener por separado y más aún, respecto a las interacciones que puedan mantener entre sí como indicadores de vulnerabilidad para el desarrollo de conductas suicidas durante la adolescencia.

En este trabajo se destacarán algunas de las variables que han recibido mayor atención en los estudios sobre el tema, que bien, es importante mencionar que tales variables no son las únicas relacionadas a la conducta suicida, sin embargo de acuerdo a las estadísticas mencionadas; son algunas en las que se han registrado mayores factores protectores o de riesgo en la etapa adolescente. Considerando que el bienestar psicológico, las relaciones familiares y la resiliencia pueden ser factores protectores e importantes ante conductas de riesgo como el suicidio y considerando que los jóvenes son una población con alto grado de riesgo a conductas suicidas, en el siguiente capítulo se ahondará detalladamente sobre dichas variables.

III. LA FAMILIA, COMO EJE REGULADOR DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO O RIESGO SUICIDA EN EL ADOLESCENTE.

“No es suficiente que los adultos manifiesten que quieren a los jóvenes, éstos tienen que sentirse queridos. Existe una gran diferencia entre ser querido y sentirse querido”
OMS, 2001.

3.1 Factores de protección de la conducta suicida.

Determinadas variables que, por lo general, actúan a modo de factores de protección respecto al suicidio, pueden adquirir un valor especial en relación con la conducta suicida en adolescentes.

Respecto a las fuentes de prevención, Zaldívar (2002, citado en Pérez, Ponce, Hernández, y Márquez, 2010), menciona que los factores protectores, definidos como las características personales y elementos que se tienen del ambiente o la percepción de éstos; contribuyen a disminuir los efectos negativos sobre la salud y el bienestar de una persona. Por tal motivo, la identificación de los factores de riesgo, contribuye al trabajo, desarrollo y fortalecimiento de los factores protectores.

Como factores protectores, Rivera (2010), refiere los siguientes: mayor frecuencia de pláticas con el padre y la madre, muestras de afecto de ambos, menor o nulo consumo de drogas por parte de los padres, menores o nulas amenazas de separación o de divorcio entre los padres, menor frecuencia de preferencia por los hermanos, mejor relación con los hermanos, tener un mejor amigo cercano actualmente, mayor facilidad para hacer amistades, mejores relaciones con los compañeros de la escuela, menor o nula frecuencia de comentarios denigrantes por parte de los profesores, menor frecuencia de experiencias emocionales fuertes y negativas, mayor satisfacción escolar, menor estrés por la escuela, mayor edad de inicio de la vida sexual y mayor número de hermanos (Artasánchez, 1999, en Rivera, 2010).

Uno de los factores sobre los que se han desarrollado mayor volumen de trabajos es el *apoyo social*, apareciendo como una variable capaz de amortiguar los efectos negativos del estrés, facilitando de esta manera la adaptación a situaciones difíciles de habilidades, del conocimiento y dominio de estrategias para el afrontamiento de hechos o acontecimientos potencialmente estresantes, lo cual constituye una variable que puede resultar crítica en el manejo exitoso de fuentes de estrés (Buendía, Riquelme, y Ruiz, 2004). En este sentido, los déficits en habilidades sociales, en habilidades para la resolución de problemas, o en las expectativas de autoeficacia, pueden suponer un foco rojo de especial importancia en el caso del adolescente. Precisamente, la relación con los demás, en el ámbito familiar, escolar, y en la relación con los iguales, son el lugar privilegiado para la adquisición y mantenimiento de un sentimiento de respeto personal, sustentado así niveles adecuados de autoestima como otra variable que va a desempeñar un papel de protección especialmente relevante durante la adolescencia.

Al respecto, Carbajal y Virginia, (2011), coinciden al señalar que si el individuo tiene la habilidad de crear contextos aptos para sus necesidades o valores y es capaz de hacer uso efectivo de las oportunidades que lo rodean, la ideación suicida estará ausente o se presentará en menor medida. También, cuando los jóvenes presentan altos grados en sus deseos de crecer, mejorar, vivir nuevas experiencias y tienen una visión del futuro, son menos propensos a presentar algún pensamiento suicida.

Asimismo, Barra (2012), expresa en base a su investigación, que cuando un individuo conoce y acepta los diferentes aspectos que lo conforman (buenos y malos), tiene una actitud positiva hacia sí mismo y respecto de la vida pasada, el grado de ideación suicida en él o ella, será nulo o poco. Algo similar sucede con una persona que establece relaciones sociales cálidas y confiables, que se preocupa por el bienestar de las personas con quienes se relaciona y es empática, cuando es independiente y capaz de autorregular sus comportamientos y de resistir presiones sociales para actuar o pensar de diferente manera.

Todas las habilidades y capacidades anteriores, referidas al bienestar subjetivo psicológico y que pueden presentarse en mayor o menor grado en un individuo, son factores que ayudan a que el riesgo de presentar ideación suicida y/o depresión no exista o sea menos frecuente, así como a que el individuo cuente con más factores protectores ante la ideación suicida y la depresión.

Por otro lado, se desprende de diversas investigaciones sobre el suicidio en adolescentes, que la mayoría de quienes han intentado suicidarse experimentaron algún tipo de estresor previamente (Hoberman, 1989, en Buendía, Riquelme, y Ruiz, 2004).

Rich, (1987), en Buendía, Riquelme, y Ruiz, (2004), encuentran que el 97% de aquellos sujetos que se habían suicidado presentaban como mínimo un estresor importante. Los adolescentes con tentativa de suicidio, en contraste con la población general, informan haber padecido cuatro veces más acontecimientos vitales estresantes en los 6 meses anteriores a la tentativa, así como una vez y media más que los individuos depresivos que no han realizado intentos de suicidio. De forma general, los eventos precipitantes ocurren alrededor de 24 horas antes del suicidio. A este respecto, Thompson, (1987), en Buendía, Riquelme, y Ruiz, (2004), halla como principales estresores precipitantes del suicidio en adolescentes: la ruptura de relaciones (26%), disputas familiares (22%), además de problemas legales (16%). Así es, como la conflictividad familiar, es apuntada como un factor de riesgo, que constituiría un estresor crónico, siendo algunos eventos familiares de mayor intensidad, real o percibida, los que podrían precipitar el suicidio o el intento de suicidio. A estos tipos de estresores, se les denomina como *factores precipitantes*.

En un estudio que compara a dos grupos de adolescentes, uno de ellos con intento de suicidio y otro sin él, Lucio, Loza y Durán (2000), en Rivera, (2010), encontraron que el grupo de jóvenes que habían intentado suicidarse había mayor incidencia de sucesos estresantes en el área familiar, presentando diferencias significativas en relación con el grupo control en los reactivos de: separación o divorcio de los padres y el haber sido golpeado por algún miembro de la familia,

siendo los problemas familiares, sobre todo los conflictos con la madre, el suceso previo al intento suicida en la mayoría de los adolescentes.

Por tal motivo, se considera que la involucración con la familia es el factor primordial para evitar el suicidio, esto debido a que, es de la familia de donde emerge el individuo, de esta se obtiene y satisface sus necesidades y al no brindarle apoyo u orientación adecuado al individuo, busca en algunos casos apoyo en otras personas y al no encontrarlo recurre a situaciones como las del suicidio (Avendaño, 1995).

Fishman, (1990), en Avendaño, (1995), postula que aún en los casos en que los problemas principales se encuentran en el contexto más amplio, la familia refleja y a menudo irrita, las presiones externas que sufre el adolescente. Una familia inestable puede dificultar el manejo de las tensiones externas por parte del adolescente, haciendo que las perciba como más catastróficas de lo que en realidad lo son.

De acuerdo con estadísticas del INEGI y el INP (2007), en Aguila, (2011), los principales móviles de suicidio, tanto en hombres como en mujeres, son:

- Disgusto familiar (27% hombres y 35% mujeres).
- Causas amorosas (9% hombres y 10% mujeres).
- Enfermedades mentales o físicas (6% hombres y 2% mujeres).

En función de las cifras estadísticas anteriores, Avendaño, (1995), retoma los postulados de Durkheim, (1990), para hablar acerca de las causas familiares que conducen al suicidio:

- a) Inhabilidad para aceptar cambios necesarios, intolerancia a la separación, relación simbiótica y fijación de patrones infantiles.
- b) Roles conflictivos y fijaciones en etapas del desarrollo anteriores.
- c) Estructura familiar alterada: sistemas familiares cerrados y rígidos, prohibiciones para las relaciones íntimas con el exterior, aislamiento de la

persona potencialmente suicida dentro de la familia, y fragilidad como una característica familiar.

- d) Dificultades afectivas, un patrón agresivo con dificultades para expresar la agresión y una depresión familiar.
- e) Relaciones intrafamiliares desbalanceadas, vínculos sado-masoquistas y relación de doble vínculo, y la existencia de un chivo expiatorio. El individuo potencialmente suicida se torna en el objeto malo de la familia y siente mucha agresión de parte de sus seres queridos. Esto produce en el menor frustración que le desencadena una gran agresividad que por su propia caracterología no puede expresar sino que la dirige contra sí mismo, se culpa de la situación y comete un acto suicida “para que se sientan responsables de su muerte”.
- f) Dificultades transaccionales, alteraciones en la comunicación y exceso de secretos dentro de la familia.

En relación a lo anterior, diferentes autores han realizado estudios donde se considera a la familia como un factor importante en el comportamiento suicida. A continuación se describen de manera sintetizada los resultados de algunas investigaciones sobre factores familiares, de las que pueden extraerse elementos de apoyo para la identificación de factores protectores y de riesgo.

González Forteza (2002), en Rivera, (2010), en base a su investigación detectó que el principal motivo del intento suicida en adolescentes fueron los problemas familiares que se refieren a conflictos con los padres como maltrato, violencia, humillaciones y castigos. El segundo motivo formó parte de la esfera emocional: sentimientos de soledad, tristeza y depresión. En la esfera de eventos precipitantes, el que obtuvo mayor frecuencia fue el de bajo rendimiento escolar. Sus encuestas revelaron que el cortarse con un objeto punzocortante (navaja o trozo de vidrio) fue el método más utilizado tanto por los hombres como por las mujeres, en segundo lugar se encuentra el consumo de pastillas o de medicamentos, el cual es predominante por las mujeres. En el caso de los

hombres, con menor frecuencia, también se encuentran mencionados el ahorcarse/asfixiarse, usar armas de fuego y lanzarse al vacío.

En otro estudio, García y Ramírez (2010), tuvieron como objetivo comprobar la relación entre la cohesión familiar y el riesgo suicida en un grupo de jóvenes universitarios (pertenecientes a los semestres 3° al 6°, de la carrera de Medicina), con edades de entre 18 y 26 años. Para ello, los autores aplicaron dos instrumentos: la Escala de Riesgo Suicida que discrimina a los pacientes psiquiátricos con ideación autolítica, de los individuos normales y la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar III (FACES III), que como su nombre lo indica evalúa el grado de cohesión y adaptabilidad familiar; sin embargo, para los objetivos del estudio sólo se evaluó la cohesión familiar. Los resultados obtenidos señalan que existe una relación significativa entre el riesgo suicida y la cohesión familiar. Así mismo, Asarnow (1992), en Buendía, Riquelme, y Ruiz, (2004), halla que a mayor conflictividad familiar en adolescentes, donde se caracterice por menor cohesión y menor expresividad, se encontraron adolescentes con riesgo suicida.

En lo que se refiere a las relaciones familiares, Evans, Hawton, Rodham, Deeks, (2004), en Vargas, y Saavedra, (2012), señalan que existe una relación significativa entre la comunicación con la familia; es decir, el sentirse comprendidos por los miembros de la familia, lo cual está asociado con una menor prevalencia de ideación e intento suicida. Asimismo, Vargas, y Saavedra, (2012), resaltan el estudio del Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la infancia y en la adolescencia, (2009), en el que se explica que hay una relación entre los niveles bajos de comunicación de padres e hijos, con la ideación e intento suicida.

Entre los problemas de comunicación que se asocian más con riesgos de conducta suicida en los adolescentes se encuentran las barreras de comunicación, los procesos de comunicación ineficaces, reglas negativas o destructivas, discusiones y rechazo, además de disciplina o modelos familiares inadecuados (Kirk, 1993, en Rivera, 2010).

Asimismo, Dukes y Lorch, (1989), en Buendía, Riquelme, y Ruiz, (2004), identifican como problemas familiares que contribuyen al suicidio en adolescentes, la mala comunicación, conflictos con los padres, alienación del adolescente con respecto a la familia, así como amor, afecto y apoyo inadecuados de los miembros de la familia. También se han destacado la falta de apoyo por parte de los miembros de la familia, las rupturas familiares y la psicopatología de los padres.

Al respecto del último punto del párrafo anterior, Moscicki, (1997), en Rivera, (2010); y Buendía, Riquelme, y Ruiz, (2004), coinciden que entre los factores familiares de intento suicida, se halla la historia familiar de conductas suicidas, donde distintas investigaciones han informado que los individuos con historia familiar de suicidio o intento de suicidio tienen un mayor riesgo. Aunado a la historia familia, también se encuentran conductas de riesgo desencadenantes de: los trastornos del estado de ánimo y el abuso de sustancias en la familia, el ambiente familiar disruptivo (separación, divorcio, viudez, conflicto familiar, estrés, problemas legales de los padres), la ausencia del padre y la separación del adolescente de sus padres, el estilo de crianza negativo, la violencia y el abuso físico y sexual.

Adicionalmente, Buendía, Riquelme, y Ruiz, (2004), argumentan que existe una asociación significativa entre la discordia familiar y el suicidio; dicha asociación parece mantenerse en las mujeres. A lo anterior, añaden que existen algunas evidencias que indican que la relación entre la discordia familiar y el comportamiento suicida es directa y otras más, sugieren que la armonía familiar reduce el riesgo de conducta suicida, mientras que la discordia familiar la incrementa. Además mencionan que la falta de soporte parental se encuentra directamente asociada con los fenómenos suicidas y que por el contrario, el pasar tiempo libre con los padres y participar en actividades familiares están asociados con la disminución del riesgo de intentos e ideación suicida. De igual manera, Rivera (2010), argumenta que los conflictos familiares del pasado se encuentran asociados con mayores niveles de riesgo suicida, en donde las familias con mayor cohesión, expresividad, independencia, que se involucran en oportunidades

recreativas de tipo intelectual-cultural y enfatizan los valores morales y religiosos, poseen menor riesgo de intento suicida.

Avendaño, (1995), realizó un análisis de los factores de la dinámica familiar que inciden en el riesgo suicida, entre los cuales se hallan:

- *Desacuerdo o rompimiento familiar*: el rompimiento de la unidad familiar primero se da como resultado de la ausencia del padre.
- *Tensión familiar*: Algunos autores confirman que la familia experimenta tensión como resultado tanto por el desempleo del padre como por la ausencia de la madre en el hogar. Esto sostiene la idea de que la tensión familiar que resulta de los problemas económicos es un factor en el rango completo del comportamiento suicida de niños y adolescentes.
- *Redes familiares de apoyo*: la falta de redes familiares de apoyo está considerada como uno de los factores casuales del comportamiento suicida en la juventud. Aún más, la desorganización familiar está más considerada como la norma entre los adolescentes suicidas.

De esta manera autores como, Fishman, (1990), O'Connor, (1990), Sherr, (1992), Durkheim, (1990); y Alonso, (1978), en Avendaño, (1995), señalan que las dificultades en la familia constituyen el factor más importante en cuanto a la tendencia hacia al suicidio en adolescentes. En tales dificultades predominan las derivadas por las malas relaciones con sus padres, conflictos entre los diferentes miembros de la familia, separación o divorcio de los padres, los cuales no le permiten al joven enfrentar sus problemas propios y tensiones asociadas a la adolescencia.

Por su parte, Arenas (2012), resume algunos estudios longitudinales en los que encontraron diversas asociaciones entre la conducta suicida y los factores familiares, como los siguientes:

- 1) La poca cohesión y expresión familiar, así como la presencia de conflictos familiares pueden mediar la asociación entre la depresión materna y el suicidio adolescente.
- 2) Las relaciones que los adolescentes mantengan con sus padres pueden ayudar a mediar los sucesos de vida estresantes y los síntomas depresivos.
- 3) Las relaciones inadecuadas entre padres e hijos están asociadas al incremento de riesgo e intento suicida entre los jóvenes.
- 4) Un historial de intentos de suicidio en la familia incrementa considerablemente el riesgo de también intentarlo o llevarlo a cabo.

Siguiendo la línea de la familia como uno de los factores que conducen al suicidio, Avendaño, (1995), indagó acerca de los diferentes tipos de familias, los cuales de alguna manera y en algunos casos conducen a sus miembros a desarrollar síntomas o patologías, como en el caso del suicidio. Por lo tanto, a continuación se hace una revisión de la tipología familiar:

- *Triangulación:*

En la familia del adolescente suicida hay una serie de posibles factores y situaciones paradójicas que aprisionan al joven. Uno de los factores es la triangulación, en donde se encuentran contradicciones en las directivas que recibe el adolescente, dichas contradicciones suelen originarse en una escisión (rompimiento) entre las familias, es decir, la vida hogareña se encuentra marcada por lealtades divididas que fuerzan al adolescente a tomar partido por uno u otro de sus padres y al mismo tiempo es explorado por el otro (Fishman, 1990, en Avendaño, 1995). Este tipo de triangulación crónica tiene el efecto de erosionar la autoestima del adolescente debido a sus sentimientos de culpa por estar hiriendo a uno de sus padres.

En los contextos familiares funcionales, el adolescente aprende a manejar el rechazo de manera que cuando choca con el contexto exterior, no le resulta devastador. De esta manera si el adolescente vive en una familia en la que hay constante triangulación, en donde además son continuos los rechazos y la culpa,

el rechazo que se produce en el contexto social más amplio, se torna intolerable, amenazante y por consiguiente el joven no cuenta con un hogar seguro y acorde en el cual pueda refugiarse (Avendaño, 1995).

En nuestra sociedad es muy común observar este tipo de familia, ya que en su mayoría se establece una alianza entre uno de los hijos y uno de los padres, y por lo general se está en contra del otro.

- *Familia prematuramente desligada:*

Fishman, (1990), en Avendaño, (1995) refiere a este tipo de familia como una afirmación contradictoria en sí misma que al principio parece ser cierta; por ejemplo, un adolescente a veces parece ser muy semejante a un adulto, al menos en cuanto a su apariencia y madurez física. Por lo tanto, se supone que al igual que el adulto se le debe de instar, y aún obligar, a ser autónomo. Sin embargo, para muchos adolescentes, en nuestra cultura, esta situación es paradójica. Dado que detrás de la fachada de su madurez física, hay un niño que aún requiere de una buena dosis de supervisión, guía y apoyo. Muchas veces, si se presupone y aumenta la autonomía del adolescente, la desvinculación prematura del sistema provoca una grave depresión y una conducta suicida.

- *Familias perfectas:*

Generalmente todos los sistemas de los adolescentes suicidas pueden ser definidos como extremadamente rígidos. En este sistema no hay cambios para adaptarse a los nuevos requerimientos determinados por el desarrollo de sus miembros. Un ejemplo de este tipo de familias son aquellas que insisten en la perfección (Fishman, 1990, en Avendaño, 1995).

En la familia perfecta no se puede tolerar un individuo imperfecto, puesto que es un sistema que persiste en repetir mensajes tales como: “debes ser feliz”, “debes ser siempre el primero”; es en estos sistemas que son extremadamente opresivos que crea un umbral que puede ser interpretado como un intento desapercibido de producir un cambio (Kübler-Ross, 1991, en Avendaño, 1995).

- *Familias tradicionales:*

Estas familias se caracterizan por el rechazo de los padres hacia el hijo, no se le permite decidir por el mismo, y por lo tanto no tiene una identidad propia; no expresa sus puntos de vista, en la mayoría de los casos no hay una persona afectuosa a quien recurrir, no se permiten cambios, existen horarios rigurosos estipulados por los padres para la hora de llegada al hogar, para los alimentos y para dormir, además hay reglamentos sobre el cómo vestirse y como peinarse (Avendaño, 1995). En este tipo de familia se establecen ciertas normas o reglas para ser llevadas a cabo por sus miembros, sin permitir cambios ya que cuando estos llegan a presentarse, se llega a un desequilibrio en el sistema.

En relación a la revisión de los tipos de familia, se puede enfatizar la relevancia de la estructura familiar como factor de protección o de riesgo en el adolescente. La estructura familiar definida como “*el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia*” (Minuchin, 2009, pp. 82). En relación a la estructura familiar, se puede hablar de dos conceptos que la constituyen, la cohesión y la adaptabilidad familiar.

Por un lado, la unión emocional (vínculos afectivos) entre los integrantes de la familia, el compartir actividades, tomar de decisiones en conjunto, la presencia de coaliciones en el contexto familiar, los intereses en común, etc., son factores que se incluyen en la *cohesión familiar*; por lo tanto, cuando entre los miembros de una familia existe cohesión es poco probable que uno de sus integrantes corra el riesgo de presentar ideación suicida. De la misma forma, cuando una familia es capaz de modificar sus reglas, roles, estructuras de poder, entre otros, se dice que tiene cierto grado de adaptabilidad; por lo tanto y a partir de los resultados obtenidos, se puede afirmar que entre mayor sea el grado de *adaptabilidad de la familia*, menor será el grado de ideación suicida, depresión y habrá menor ausencia de factores protectores ante estos dos fenómenos (Carbajal y Virginia, 2011).

La cohesión y la adaptabilidad de la familia son aspectos importantes de esta red social, la cual como anteriormente se señaló, es de gran relevancia en el comportamiento suicida; dicho lo anterior, entre mejor esté estructurada una familia, habrá menos riesgo de que uno de sus integrantes, especialmente los jóvenes se encuentre en riesgo suicida.

El sistema familiar opera a través de pautas transaccionales que regulan el comportamiento de cada integrante del sistema familiar y son mantenidas por dos sistemas de coacción:

- a) El primero es *genérico* e incluye las reglas universales que gobiernan a la familia (jerarquías, complementariedad de las funciones, entre otras).
- b) El segundo es *idiosincrático* y corresponde a las expectativas que tienen los miembros del sistema unos con otros, dichas expectativas se originaron a partir de las negociaciones explícitas e implícitas que por años mantuvo el sistema, en los acontecimientos del día a día.

Es importante mencionar, que el origen de tales negociaciones pudieron ser olvidadas por la familia, pero las pautas permanecen gracias a la acomodación mutua y a la eficacia funcional de la familia, de tal modo que el sistema familiar se mantiene a sí mismo; cuando existe alguna desviación que va más allá de los umbrales que el sistema puede tolerar, éste, activa un mecanismo que restablece el nivel habitual (Minuchin, 2009).

En ocasiones, cuando la familia mantiene la homeóstasis, pueden aparecer y mantenerse síntomas en unos o varios miembros del sistema relacionados con ciertas estructuras familiares específicas.

En este sentido, Eguiluz, Rosales, y Córdova, (s.f.), mencionan que, cuando el clima en la familia es positivo el joven no piensa en el suicidio, de igual modo se puede observar que cuando en la familia reina el estrés, la discordia, la agresión intrafamiliar, etc., generando un clima negativo, los integrantes de la misma tienen

alta probabilidad de pensar en el suicidio como una forma de escapar de ese ambiente agobiante.

En referencia a lo mencionado, un estudio realizado en nuestro país, es el desarrollado por Eguiluz (s/f) con el objetivo de conocer si los jóvenes estudiantes tenían ideación suicida, además de saber cuál es el clima social que reina en su familia y como pueden estos dos factores estar relacionados. La detección de ideación suicida y la evaluación sobre el clima social familiar, se realizó a 100 estudiantes de psicología, con edades comprendidas de entre 17 a 26 años de edad. Se les aplicaron dos instrumentos, la Escala de Ideación Suicida elaborada por Roberts y la Evaluación de Clima Social Familiar de Moss. Como resultados se obtuvo que el 51% de los estudiantes de psicología pensó por lo menos en la última semana en suicidarse, tomando en cuenta que se encontraban en fin de semestre, se puede pensar en la presencia de estresores precipitantes. De acuerdo con los resultados, las personas que presentaron mayor riesgo de ideación suicida fueron los hombres, dado que el 47% de las mujeres presentó algunos de los síntomas de ideación suicida, mientras que en los hombres fue el 63.6%.

Al respecto, cuando se les pregunta a los adolescentes cuál fue la situación que denotó su intento suicida, la respuesta más frecuente atañe a los conflictos familiares, que van desde alguna discusión con los padres o entre los mismos padres, dificultades de comunicación, agresión, violencia, desamor o rechazo (Rivera, 2010).

Tomando en cuenta que la adolescencia es una etapa vulnerable en la vida del individuo, junto con la implicación de los factores que repercuten en el ingreso de los jóvenes a la universidad, es perceptible el fuerte impacto que juega el bienestar psicológico y la vida familiar en el individuo, esto, aunado a la falta apoyo y de recursos de afrontamiento, bajo ciertos elementos nocivos se relaciona con diferentes conductas de riesgo como lo es el suicidio. La importancia de la detección de factores de riesgo dentro del ámbito familiar tiene un papel de

extrema relevancia en la prevención del suicidio y del intento suicida en los adolescentes.

Es cierto que en todas las épocas los adolescentes han sido un problema, pero en la sociedad actual su situación es especialmente crítica. Se están produciendo profundos cambios sociales que hacen que las diferencias generacionales sean algo más que meras diferencias de desarrollo. Los adolescentes actuales no son iguales que los de hace unas décadas, tienen características especiales. Una diferencia importante entre los adolescentes actuales es el incremento extraordinario de consumo. Se ha creado todo un mercado para este grupo de población, el cual gasta lo que sus padres y madres ganan, a veces dedicando muchas horas fuera casa.

La necesidad de que ambos padres trabajen, trae como consecuencia hijos que se encuentran solos, sin supervisión y apoyo, o hijos encargados a terceros para su cuidado. La inseguridad social, con los frecuentes robos, vandalismo y competencia desleal, traen como consecuencia personas desconfiadas y reservadas que van aislándose socialmente (Rivera, 2010).

Desde esta perspectiva, la influencia del grado de violencia en el entorno social en el que se desarrolla el adolescente en el comportamiento mismo específicamente la comunidad circundante, ha sido analizado por Vermeiren, Ruchkin, Leckman, Denoutte y Schwab-Stone, (2002), en Rivera (2010). Los autores confirman que se asocia con diversos problemas de salud mental, incluyendo los síntomas internalizados, el estrés postraumático, la conducta externalizada, y la aprobación de la agresión con la consecuente conducta agresiva y antisocial, señalando que el riesgo gradualmente aumenta según el nivel de exposición.

De igual manera, el escaso tiempo disponible y las distancias generan aislamiento de los lazos familiares y sociales. Aunado a las situaciones diarias a las que se enfrenta un ciudadano común, en las grandes ciudades como la de

México, se asocia con largas jornadas de transporte al trabajo así como de trabajo en sí, frecuentes robos y un nivel de estrés cotidiano alto (Rivera, 2010).

Es por tal motivo, que si bien la familia puede ser un importante sistema de apoyo, la realidad social y económica actual reduce su capacidad para brindarlo. Otro agente familiar que se relacionan con el suicidio es la situación económica. Se dice que existe una pequeña evidencia en donde las preocupaciones por el nivel socioeconómico de los padres y el grado de escolaridad de éstos, se relacionan con el fenómeno suicida en adolescentes.

Por otro lado, la sociedad actual es cada día menos una entidad estable. La sociedad post-moderna se caracteriza por la diversidad de estructuras familiares. Muchos adolescentes han presenciado cambios profundos de la estructura y funcionamiento de su familia; donde la fragmentación familiar sucede a causa de los cambios demográficos, en algunos casos han tenido que vivir con una madre sola o un padre solo. La situación en que se desarrolla la vida de algunos adolescentes es difícil y la influencia que reciben es muy compleja (Buendía, Riquelme, y Ruiz, 2004).

En relación a lo anterior, Richardson y col. (1989) en Casullo, Bonaldi y Liporace, (2000), argumentan en base a su estudio realizado con una muestra de adolescentes, que quienes permanecen solos, sin supervisión adulta durante más de veinte horas semanales, están dos veces más en riesgo de uso y abuso de alcohol y drogas que aquellos con presencia efectiva de vínculos familiares.

En este sentido, la sociedad está volcada hacia ellos porque busca derivar hacia la adquisición de productos con ansias de vivir. Casullo, Bonaldi y Fernández, (2000), expresan que los suicidios que reciben mucha publicidad a través de los medios de comunicación pueden motivar conductas semejantes en otras personas. Son los denominados “*suicidios por imitación*”, a los que, los adolescentes son especialmente susceptibles. Aguila, (2011), también habla de esta conducta imitativa, al describir el *efecto Werther*, o imitación de la conducta suicida juvenil, difundida en medios masivos de comunicación.

Hoy en día el internet es el medio masivo de difusión más empleados por la población adolescente. Hablando de la conducta suicida, actualmente, el internet ha globalizado el mundo, por lo que ha ofrecido nuevas posibilidades para la prevención del suicidio. No obstante, no todo es ventajoso, pues el internet ha adquirido una creciente influencia sobre la vida humana, la cual está repleta de sitios en los que se debate acerca de temas que tienen que ver con la muerte, e incluso algunos llegan a transformarse en clubes virtuales de suicidas, lo que es toda una desgracia. Por mencionar un dato, las primeras manifestaciones de suicidios a través de internet fueron detectadas a fines de los noventa y se han extendido, alcanzando en los últimos tiempos cifras alarmantes en varios países.

Siguiendo esta línea, también podemos hablar de la influencia que ejerce la información sobre suicidio aparecida en internet, en la incidencia de los suicidios, o mejor dicho en quienes navegan en la red de redes, a esto Aguila, (2011), lo denomina como ciber-suicidio. Se pueden encontrar juegos, chistes y músicas suicidas y todas las recetas, métodos y técnicas para el suicidio. Un ejemplo, es el *alt.suicide*, que es uno de los grupos más activos. En el se describen los métodos suicidas, desde los más conocidos y eficaces, hasta los más frívolos. Pueden aparecer notas suicidas y anuncios incitando al suicidio, así como "Clubs" suicidas.

Numerosos sitios en internet tienen como fin reunir a potenciales suicidas, mientras que otros dan consejos sobre algunos de los "mejores métodos para quitarse la vida", e incluso ofrecen paquetes con todo lo necesario. Quizá estos sitios virtuales puedan disparar comportamientos suicidas en personas vulnerables, en particular adolescentes, al darles a aquellos que están profundamente deprimidos, una oportunidad que de otro modo no tendrían para entrar en contacto con quienes se sienten igual que ellos.

Los profesionales de la salud dedicados a la atención de adolescentes con compartimientos suicidas, se están enfrentando al nuevo desafío que significan los pactos suicidas mediante el uso del internet.

Por tanto, la importancia de contemplarle un espacio de particular importancia a la familia en el bienestar psicológico del adolescente, González, Forteza, (1993), en Casullo, Bonaldi y Fernández, (2000), lo respaldan al indicar que los resultados de las investigaciones que realizaron en la ciudad de México, ponen en evidencia la relevancia de los recursos de apoyo en los jóvenes. El hombre muestra un patrón en los recursos de apoyo, al buscar ayuda en la familia cuando se trata de resolver problemas familiares y a excepción, de cuando se trata de resolver problemas personales o con amigos. A diferencia de las mujeres, quienes entre ellas el apoyo de las amigas siguió en importancia al apoyo familiar en casi todos los tipos de problemas.

Es importante mencionar, que un 66% de los suicidas realmente no desean morir, sino comunicar un mensaje dramático respecto de su malestar (Coleman, 1980; Loza, Lucio y Durán, 1998 en Rivera, 2010). La mayoría de las personas que cometen suicidio lo hacen como resultado de ser avasallados por un estado mental sobre el cual tienen muy poco control (Yeates y Caine, 1991; Singh y Jenkins, 2000, en Rivera, 2010).

Es importante mencionar que los adolescentes buscan en el suicidio una forma de tener control de su vida dentro del ambiente familiar, aunque sea a través de controlar su muerte, es decir, el acto representa una forma de liberarse de las presiones y ataduras de las reglas rígidas e inflexibles de la familia (Desjarlais, et al., 1995; Singh y Jenkins, en Rivera, 2010). Por lo que la función de la familia como promotora de salud y enfermedad en sus integrantes está siempre presente, siendo está el eje primordial del bienestar psicológico del adolescente.

Ryff y Keyes (1995), en Balcázar, Loera, Gurrola, Bonilla y Tejo, (s.f.), definen *bienestar psicológico* como una percepción subjetiva, un estado o un sentimiento; el cual resulta ser de gran interés ya que si se hiciera alusión al bienestar mental y

físico de una persona, la evaluación que ésta hiciera de su estatus influiría en la toma de decisiones y en su comportamiento, siendo la adolescencia la etapa más vulnerable en la vida de una persona ya que en ella surgen una gran variedad de cambios y adaptaciones que tienen que realizar los jóvenes y que repercuten en su vida cotidiana (Balcázar, Loera, Gurrola, Bonilla, y Trejo, s.f.).

En cuanto al bienestar psicológico, el cual se deriva de un enfoque *eudaimónico* y se refiere al desarrollo del potencial humano y al funcionamiento psicológico pleno, éste no consiste sólo en la ausencia de síntomas de ansiedad, depresión, o que las emociones positivas sobrepasen a las emociones negativas, sino que también implica que la persona se respete y valore a sí misma, que tenga relaciones positivas con otros o perciba un apoyo social satisfactorio; que crea que controla su ambiente, que se sienta autónomo del entorno y que atribuya sentido y propósito a su vida, así como que crea que se está realizando como persona (Barra, 2012; Carbajal y Virginia, 2011).

Un término que se relaciona con los conceptos de bienestar psicológico y salud mental, es el *bienestar subjetivo*; el cual se define como el grado con el que un individuo juzga de manera general su vida en términos favorables (Veehoven, 1991 y Benatuil, 2003; en Balcázar, Loera, Gurrola, Bonilla, y Trejo, s.f.), y que incluye aspectos cognitivos y afectivos (Andrew y Whitney, 1976; Benatuil, op. cit.; citados en Balcázar, op. cit.); en este sentido, el bienestar subjetivo es un elemento importante que se asocia al comportamiento suicida.

Quintero y González (1997), en Eguiluz, (2003), mencionan que el bienestar subjetivo hace referencia a la estimación cognoscitiva del grado de satisfacción con la propia vida y que está condicionado por el apoyo social y familiar que se recibe. Dichos autores añaden que el crecimiento personal se produce al margen de las condiciones en las que se desenvuelve el individuo, vinculado con el bienestar de las relaciones interpersonales de éste. De esta manera, la estructura familiar debe ser estable para que la persona cuente con un sentido de pertenencia (Minuchin y Fishman, 2002), lo que lo va a proveer de seguridad, ayudado así, en la disminución del estrés en el individuo (Rico, 1999).

Investigaciones recientes de Eguiluz y Mera, (2014), evaluaron la relación del bienestar psicológico y la estructura familiar con la ideación suicida en 329 jóvenes de nuevo ingreso a las carreras de salud de la UNAM-FESI; encontraron que el 87% de la población percibe que su familia es caótica y el 28% señaló que en su familia no hay cohesión. Por otro lado, ocho alumnos del total de la población, fueron identificados con riesgo suicida, once con alto riesgo de depresión, diez carecían de factores protectores ante diferentes riesgos. Respecto a la percepción sobre su bienestar psicológico subjetivo, 71 de los 329 jóvenes presentaron muy bajo bienestar, por lo que se encuentran en posibilidad de sufrir depresión o incluso riesgo suicida, de tal forma que concluyeron que es importante reforzar los factores evaluados en el bienestar psicológico para contrarrestar el riesgo suicida.

De acuerdo con los resultados del estudio anterior, Bernal (2003), menciona que la familia es la primera red de apoyo social con la que cuenta un individuo a lo largo de su vida y por ende, es una institución que tiene una función protectora para el individuo ante las tensiones que se generan en la vida cotidiana; es por ello que resulta comprensible, que la familia cumple una función de vital importancia para el bienestar físico, social y psicológico de los integrantes que la conforman.

Otra variable importante relacionada con la conducta suicida es la *resiliencia*, la cual proviene del verbo latino *resilio*, que significa “saltar hacia atrás, rebotar”. El término resiliencia es tomado de la mecánica, para referirse a las características que tienen algunos materiales empleados para la construcción, los cuales tienen la capacidad de recobrar la forma original con la que fueron moldeados después de haber sido sometidos a una presión deformadora. Éste término comenzó a ser usado en las ciencias sociales a finales de los 70', en el siglo XX, centrándose en identificar factores de riesgo, vulnerabilidad, así como de protección que pudieran fortalecer los recursos de los individuos (Walsh, 2004; López, 2008). Dado que el estudio de la resiliencia es reciente, proponer un axioma desde el campo de la psicología ha resultado un poco complejo, como lo señala Castro y Moreno-Jiménez (2007), cuando revisan diversas definiciones

sobre ésta, ya que muchos autores se refieren a la resiliencia como un rasgo inherente a algunos individuos, a la capacidad humana que todos pueden desarrollar, a una suma de factores protectores que afectan el desarrollo del individuo, o al proceso de adaptación en situaciones de adversidad.

López (2008), por su parte menciona que en todas las definiciones encontradas por los diversos autores hay tres componentes esenciales y comunes de la resiliencia:

1. Existe la noción de trauma o amenaza al desarrollo humano,
2. Hay una adaptación positiva o superación de la adversidad y;
3. Existe un proceso dinámico entre mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen sobre el desarrollo humano; por lo que el individuo es capaz de buscar sus propios recursos y salir fortalecido de la adversidad.

En relación con la conducta suicida, la resiliencia ha sido definida como las habilidades, recursos o competencias percibidas por la persona para regular los pensamientos, sentimientos y conductas suicidas (Villalobos, Arévalo y Rojas, 2012). Se han hecho diferentes estudios respecto a la relación de estas dos variables, ejemplo de ello es el realizado por Quiceno, Mateus, Cárdenas, Villareal y Vinaccia (2013), donde se valoró la relación de la resiliencia y la ideación suicida con la calidad de vida de 50 adolescentes víctimas de abuso sexual, encontrando que el 58% de los participantes presentaron puntajes altos de ideación suicida, los cuales se correlacionaron alta y negativamente con la prueba de resiliencia. Se concluyó que la resiliencia es una variable protectora frente a los pensamientos sobre el suicidio y promueve la calidad de vida en los adolescentes víctimas de abuso sexual.

Arenas y Lucio (2012) por su parte, realizaron un estudio para identificar las diferencias en las características de la personalidad de adolescentes resilientes y no resilientes, encontrando que ambos tipos de adolescentes, presentaron niveles similares de estrés en sus múltiples áreas vitales, excepto en el área de estrés

personal, el que fue más alto en los adolescentes no resilientes; asimismo hubo diferencias en el riesgo por malestar emocional asociado al suicidio.

Hasta este momento se han analizado y descrito los factores y variables que han demandado mayor estudio, en relación a la conducta suicida en adolescentes, por lo que, para concluir este apartado, resulta sumamente importante, referir la necesidad de una prevención articulada, congruente e integral del suicidio, es necesario ubicar a éste como un importante problema de salud que requiere para su solución de la participación conjunta de instituciones de salud y de educación tanto pública como privada.

Se concuerda con Rivera, (2010), quien expresa su inquietud por la necesidad de una transformación y/o focalización de las políticas de salud y de desarrollo social, de manera que pueda ser posible mejorar las condiciones de la sociedad en general y de las familias y los individuos en particular. Apoyar una dinámica familiar armónica, promover habilidades de comunicación hacia el interior de la familia y también fuera de ella o capacitar a los individuos en su forma de enfrentar los problemas, son algunas de las intervenciones preventivas que deberían realizarse.

Ψ IV. ¿EN QUÉ MEDIDA LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PUEDEN FUNCIONAR COMO INSTANCIAS DE PREVENCIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS SUICIDAS?

*“Más personas se suicidarán si después de suicidarse las personas pudieran seguir viviendo”
Anónimo*

Para que una persona pueda funcionar de manera adecuada en su esfera familiar, emocional, física y social, se debe considerar a la salud mental, como una parte fundamental en el contexto familiar, escolar o laboral y (Pérez, Ponce, Hernández y Márquez, 2010).

En el capítulo anterior se habló al respecto del contexto familiar y su relación con el riesgo suicida, por consiguiente, en el presente capítulo se abordará con respecto al contexto escolar. Algunos investigadores han intentado identificar los factores más característicos y frecuentes de la vida universitaria que contribuyen al desarrollo de problemas de salud mental en los estudiantes. Al respecto, Mohd (2003), en Cova, Alvial, Aro, Bonifetti, Hernández, y Rodríguez, (2007), menciona que los principales factores que se asocian a la presencia de trastornos emocionales son: sentirse bajo presión por los exámenes, falta de apoyo familiar y experimentar presión por parte de sus profesores.

De tal forma que, cuando una persona cuenta con una buena salud mental existirá un mayor despliegue de sus potencialidades que se verá reflejado en su convivencia, trabajo y recreación. Según los autores, en el caso específico de los jóvenes que ingresan a la licenciatura, es importante que estén convencidos de la carrera elegida y que cuenten con un bienestar emocional ya que esta nueva etapa puede representar una fuente de estrés para ellos, y contar con estos elementos benéficos les permitirá tener una mayor capacidad para afrontar las situaciones que se les presenten a lo largo de esa etapa.

También es importante señalar que al iniciar esa nueva etapa de su vida académica, los jóvenes universitarios se ven alterados por diversas fases. Barraza, (2007) citado en Díaz, (2010) menciona que el estudiante atraviesa por tres fases en su proceso de inserción a la universidad:

- En primer lugar, el alumno se ve sometido, en contextos escolares, a una serie de demandas que, bajo la valoración del propio alumno son consideradas estresores.
- Segundo, esos estresores provocan un desequilibrio sistémico (situación estresante), que se manifiesta en una serie de síntomas (indicadores del desequilibrio).
- En tercer lugar, dicho desequilibrio obliga al alumno a realizar acciones de afrontamiento para restaurar el equilibrio sistémico.

Centrándonos en los factores de prevención, cuando el estudiante estima que los requerimientos de una situación exceden sus recursos y capacidades, comienza a sentirse estresado. Si el desfase resulta ser irremediable, sus pensamientos serán poco esperanzadores y sus emociones negativas, consecuentemente, su esfuerzo y su productividad disminuirán, por lo que su bienestar físico, mental y social se verá seriamente afectado, resultando ser, el bienestar psicológico el más deteriorado.

Como bien se ha mencionado en los capítulos precedentes, el suicidio y el intento suicida con frecuencia son asociados al estrés, tanto el estrés acumulado a través de diversos sucesos de vida, como en el estrés agudo que acompaña sobre todo a las situaciones de pérdida o de conflicto que precipitan la conducta suicida (Rivera, 2010).

Mazza, (2000), en Rivera, (2010), en una de sus investigaciones encontró que la sintomatología del estrés postraumático se asocia con un mayor grado de ideación suicida y con los intentos suicidas pasados, por lo que se considera que

esta particular relación tiene importantes implicaciones en la comprensión de las conductas autodestructivas.

Desde otra perspectiva, algunos estudios demuestran que los estudiantes que ingresan a la universidad, presentan algunos signos de malestar emocional, entre los que resaltan la ansiedad y depresión (Fritsch, 2006 y Andrews y Wilding, 2004 en Cova, Alvial, Aro, Bonifetti, Hernández, y Rodríguez, 2007). Los resultados mostraron que el 9% de los estudiantes sin síntomas previos se tornaron depresivos a mediados de año, y el 20% se tornó ansioso en un nivel clínico significativo. Lo cual, tras no encontrar soluciones adecuadas, tiende a vincularse con el riesgo de ideación suicida.

Arenas, (2012), identificó que existen diferentes variables que inciden en el fenómeno del suicidio, por mencionar algunas, se encuentran la edad, la profesión, el bienestar psicológico, algunos factores familiares y el grado de resiliencia que presentan la persona. En lo que respecta a la edad, ya se han mencionado algunas estadísticas que indican que son más propensos los jóvenes, lo cual puede deberse a que en cada etapa del ciclo vital se presentan retos y dificultades que demandan el surgimiento de nuevas habilidades y en el caso de los jóvenes, ellos deben desarrollar algunas habilidades y actividades como establecer relaciones con el sexo opuesto, prepararse profesionalmente, lograr un grado de autonomía e independencia, adquieren más responsabilidades, buscan un balance entre los valores internos y externos, que les permitan un adecuado desenvolvimiento en la sociedad, y se van preparando para la entrada del mundo laboral. Todo lo anterior, debe ser resuelto, aun cuando los cambios sean rápidos, extremos y/u ocurran simultáneamente en varias áreas del joven.

Asimismo, lo anterior puede generar en los jóvenes, sentimientos confusos respecto de quiénes son, qué es lo que quieren, mostrándose desubicados con referencia a las metas y valores futuros de sus vidas y por tanto, carecer de dirección y de claridad respecto a qué tipo de persona les gustaría ser, conllevándolos en algunas ocasiones a conductas suicidas (Arenas, 2012).

Al hablar de las carreras que son más propensas a desencadenar problemas emocionales o mentales, se ha encontrado en la literatura que los estudiantes que estudian alguna licenciatura relacionada al campo de la salud, al tener un contacto cercano y constante con el dolor y el sufrimiento humano, son más propensos a manifestar pensamientos suicidas, y tienden a presentar mayores problemas emocionales.

Respecto a la profesión, algunos estudios (Hawton, Clements, Sakarovitch, Sinkin y Deeks, 2001; Lideman, Lara, Hakko y Lonngvist, 1996; Mingote, Crespo, Hernández, Navigo y Rodrigo, 2013; Howton y Vislise, 1999; Schernhammer y Colditz, 2004; Hem, Haldorsen, Aasland, Tyssen, Vaglum y Ekeber, 2005; Stallones, Doenges, Dik y Valley, 2013; Hawton, Agerbo, Simkin, Platt y Mellanby, 2011; Agerbo, Gunnell, Bonde, Mortensen y Nordentoft, 2007; Kolves, De Leo, 2013; en Cano, López y Aguilar, 2014), mencionan que los profesionales sanitarios (enfermeros, dentistas y médicos), tienen mayor propensión a la conducta suicida debido a factores relacionados con su ejercicio profesional, tales como las condiciones y organización de su trabajo, el que estén dedicados al cuidado de sus pacientes, a que la cultura de la medicina no concede tanta importancia al cuidado de la salud mental de los profesionales; de tal forma que no tienen las habilidades psicosociales para enfrentar los retos que se les presentan durante su práctica diaria, entre otros.

Un estudio realizado en Chile, en la Universidad de los Andes, en una muestra de estudiantes de Medicina, Odontología, Enfermería y Psicología, mostró mayor prevalencia de estrés y de trastornos emocionales en estudiantes de Medicina, lo cual concuerda con estudios referidos por una diversidad de investigadores (Galli, Feijoo y Roig, 2002; Hidalgo, Cendali, Cerutti, Cuenca y Kappaun, 2004; Guavita y Sanabria, 2006; Pallavicini, Venegas y Romo, 1988; Perales, Sogi y Morales, 2003, en Cova, Alvial, Aro, Bonifetti, Hernández, y Rodríguez, 2007).

Una serie de autores postulan una especial recomendación de que las escuelas adquieran literatura sobre el tema y que desarrollen políticas escritas

para la prevención del suicidio. Entre las que se encuentran reportadas con mayor frecuencia, Rivera (2010), enlista las siguientes:

- a) Procedimientos escritos para acceder a los estudiantes en riesgo.
- b) Personal en servicio con entrenamiento y orientación hacia el programa.
- c) Profesionista de la salud en la escuela.
- d) Equipo de salud mental.
- e) Materiales de prevención que se distribuyan a los padres.
- f) Materiales de prevención que se distribuyan a los estudiantes.
- g) Programa de tamizaje psicológico para identificar estudiantes en riesgo.
- h) Discusiones en el salón de clases sobre prevención.
- i) Consejería en salud mental para jóvenes en riesgo.
- j) Materiales sobre suicidio para consejeros escolares.
- k) Entrenamiento en prevención de suicidio o en intervención en crisis.
- l) Entrenamiento a los docentes para detección de signos de alerta en relación con el suicidio.
- m) Uso de un componente de posvención cuando ocurre un suicidio.
- n) Estatuto escrito que describa específicamente el criterio de los consejeros para evaluar la letalidad de un potencial suicidio.
- o) Políticas escritas que describan cómo será evaluado el programa de prevención e intervención del suicidio que se está aplicando en la escuela.

Adicionalmente, Rivera, (2010), dice que para prevenir el suicidio se requiere entretener tanto el proceso de evaluación como el de intervención, ambos realizados de manera sistemática y pertinente. Los programas centrados exclusivamente en la prevención son valiosos, sin embargo; es necesario acompañarlos de una evaluación rigurosa, así como de precaución y cuidado al implementarlos.

El Instituto Nacional de Psiquiatría ha coordinado investigaciones sobre diversos temas de salud mental, entre ellos el intento suicida en adolescentes. Cuenta con los resultados comparativos de las evaluaciones realizadas en la población escolar tanto en 1997 como en el 2000, y destaca que la conducta

suicida en los estudiantes adolescentes de la Ciudad de México tiende al aumento, esto se aprecia sobre todo en las delegaciones Benito Juárez, Cuauhtémoc y Gustavo A., Madero. Los estudiantes de escuelas públicas tuvieron mayor prevalencia de intento suicida que los de escuela privadas (González Forteza, Villator, Alcantar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez y Amador, 2002, en Rivera, 2010).

De acuerdo con los datos del INEGI hay una disparidad muy alta entre el número de intentos de suicidio y el número de suicidios consumados. Con base a dichas cifras, pareciera que los suicidios consumados son más frecuentes que los intentos, cuando no es así. Esto es una evidencia de las dificultades para tener un registro minucioso y confiable de los problemas de salud mental y de las conductas de riesgo, pues cada instrumento o técnica de evaluación tiene acceso a determinado tipo de datos. Se necesitan investigaciones complementarias o el refinamiento de los métodos de obtención de información, así como un cambio cultural en torno a la veracidad de quien proporciona los datos.

Como retos de investigación a futuro, Jiménez y González-Forteza, (2003), en Rivera, (2010), recomiendan desarrollar estrategias para analizar a dos poblaciones de las que hasta la fecha hay un gran desconocimiento, la población infantil y la población adolescente.

El incremento del suicidio y del intento suicida requiere mayor investigación para lograr una mayor precisión, comprensión y explicación del mismo, puesto que parece ser un síntoma de los tiempos modernos, que se deposita en un periodo de desarrollo de especial vulnerabilidad.

Por los datos citados respecto al contexto escolar y el riesgo suicida, resulta relevante abrir un espacio para argumentar la suma importancia que demanda la realización de investigaciones que se enfoquen en la identificación temprana de los alumnos que manifiestan algún tipo de riesgo suicida, o que se encuentran en situaciones de riesgo, dentro las instituciones educativas. Siendo éste un contexto prioritario para la detección de conductas alarmantes, dado a la facilidad de

establecer contacto, principalmente con las escuelas públicas del estado, para poner en marcha proyectos integrales de investigación, que contemplen la detección, intervención, atención y seguimiento; por medio del ofrecimiento de la atención psicológica más pertinente para el estudiante que se encuentre en riesgo.

Para ejemplificar, en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de la UNAM, se cuenta con un programa de atención especializada en *crisis*, “CREAS” y la clínica de Terapia Familiar de la Institución, las cuales, se encargan de brindar ayuda a personas en situación de riesgo suicida o alguna crisis. De igual forma, éstos programas constituyen las fases para llegar a la consulta con un profesional, comenzando con la realización de una investigación con el fin de identificar a los estudiantes que han manifestado ideas suicidas, hasta llegar aquellos que han intentado suicidarse, quienes son canalizados al departamento pertinente para recibir atención inmediata. Todo ello, con el fin de centrarse en la identificación de condiciones de riesgo a fin de modificarlas temprana y oportunamente.

Por lo que refiere al tratamiento de atención psicológica en situaciones de crisis, Casullo, Bonaldi y Fernández, (2000), definen *crisis* “a toda situación de inestabilidad temporaria en un individuo o grupo que produce una desorganización en los comportamientos habituales en el uso inadecuado de los mecanismos de defensa, la interpretación errónea de los hechos, el empleo manipulativo de la información” (pp. 136). Este tipo de programas tienen como objetivo central el de brindar insumos para afrontar una situación de pérdida afectiva inesperada, por medio de la incorporación de estrategias de intervención para asistir a los sobrevivientes de una experiencia de suicidio, o con intencionalidad de la conducta suicida.

Rivera, (2010), expresa que las personas en crisis, independientemente de si presentan o no ideación suicida, necesitan ser evaluadas y manejadas adecuadamente, tomando en cuenta la posibilidad permanente de evaluar el riesgo suicida.

En suma, si a través de la investigación, disponemos de información suficiente sobre los factores causantes o desencadenantes, se pueden considerar las decisiones acerca de la viabilidad, estructura y procedimientos para aplicar programas, con el interés de prevenir y reducir el riesgo de trastornos psicológicos.

La detección de un adolescente suicida es particularmente posible dentro del escenario escolar, dado que los estudiantes pasan mucho tiempo ahí, por tanto, los educadores deberían estar entrenados en identificar señales de depresión e ideación suicida y reportarlas al referir al adolescente (Rivera, 2010). Asimismo, las escuelas también deben implementar cuando ésta se presenta y diseminar la información a los otros estudiantes, padres y medios de comunicación. Kirk, (1993), en Rivera (2010), sostiene que los educadores deben estar preparados profesionalmente en la evaluación, intervención, canalización y notificación a padres y/o tutores, así como dar seguimiento.

No sólo en México, sino en la mayoría de los países del mundo en donde desarrollan esfuerzos por la prevención de los problemas de salud, se carece de una metodología sistemática y confiable que garantice la evaluación de la efectividad de las intervenciones, por lo que éstas pudieran implicar enormes esfuerzos de inversión humana y económica en donde no es posible identificar el beneficio de los mismos, por lo que es conveniente acompañar toda intervención preventiva de un sistema de evaluación de la efectividad de la misma (Rivera, 2010).

Al referirse al plan de acción a favor de la salud mental, Casullo, Bonaldi y Fernández, (2000), hablan acerca de los componentes de los Programas Escolares que tienen como objetivo realzar la autoestima y reducir la psicopatología, con el propósito de educar a los adolescentes y fomentar en ellos las habilidades prácticas para manejar sus dificultades. Los autores mencionados se han focalizado en la investigación dentro de los ambientes educativos, su experiencia les permitió afirmar que *“las escuelas son escenarios donde aparecen sentimientos, comportamientos y emociones que pueden ser observados y*

compartidos por adultos y pares ajenos al núcleo primario familiar de pertenencia” (pp. 132). Aunado a lo anterior, los autores apoyan a Goodman (1980), en Casullo, Bonaldi y Fernández, (2000), quien expresa que las escuelas funcionan como espacios de transición entre el mundo familiar y el mundo real de los adultos.

Precisamente son muchos los factores psicosociales que se hallan relacionados con cuestiones públicas, y para hacer frente a estas situaciones resulta conveniente la puesta en marcha de estrategias de intervenciones públicas e institucionales. Es necesario implementar políticas que de manera integral den cuenta de las causas y efectos del fenómeno de la conducta suicida. Es necesario fomentar y desarrollar la habilidad para resolver problemas, la capacidad para mantener amistades, las capacidades cognitivas, la capacidad de control, la confianza en la propia autoeficacia (Buendía, Riquelme, y Ruiz, 2004).

Siguiendo la línea de investigación de Casullo, Bonaldi y Fernández, (2000), quienes reportan que para que las instituciones educativas puedan funcionar como instancias de prevención de los comportamientos suicidas, se deben dar ciertas condiciones, entre las cuales hacen hincapié en las siguientes:

- ✓ Un clima o atmósfera global que valore la salud psíquica como una de las metas de sus diferentes quehaceres.
- ✓ La existencia de un equipo mínimo integrado por profesionales de la salud debidamente entrenados.
- ✓ La elaboración de programas preventivos bien diseñados.
- ✓ La coordinación de acciones con el sector salud.

Asimismo, los autores citados expresan como producto de sus experiencias del trabajo con adolescentes escolarizados, que a través de videofilmes en las escuelas se obtuvo un enorme efecto positivo, en la medida en que los adolescentes pudieron analizar y discutir grupalmente, coordinados por un profesional, las acciones y contenidos de lo presenciado.

Retomando los datos epidemiológicos actuales, el suicidio ha llegado a convertirse en una de las principales causas de muerte entre el grupo de 15 a 24 años de edad, es por esta razón, que el suicidio constituye un problema importante de salud pública que demanda una mayor atención, especialmente en el campo de la prevención, sobre todo cuando se trata de grupos considerados de alto riesgo. Encaminados a la prevención dentro de las instituciones educativas, se podrá reducir la incidencia de comportamientos suicidas en los estudiantes, así como la aparición de nuevos casos.

No obstante, será necesario poner especial atención a las condiciones que prevén un adecuado servicio de atención a este tipo de problemáticas. Para lo cual, al hablar de la identificación e intervención de las conductas de riesgo en adolescentes, se contemplará como involucrados en el proceso a los psicólogos, psicopedagogos y trabajadores sociales, conformando así, un equipo de salud escolar. Rutter, (1979), en Casullo, Bonaldi y Fernández, (2000), señala la importancia del “ethos psicológico”, en el que se incluye un plantel docente capaz de transmitir confianza y expectativas de logro en función de las posibilidades reales de los estudiantes y que valoriza el efecto terapéutico de toda experiencia positiva de aprendizaje. Por tal motivo, resulta de suma importancia el entrenamiento a los docentes y el asesoramiento para proyectar más veracidad en las evaluaciones diagnósticas.

Los orientadores escolares pueden ejercer un rol de gran importancia en el entorno escolar al prevenir el suicidio adolescente, dado que con frecuencia son ellos los primeros profesionales que están en contacto con los síntomas y las amenazas del suicidio (King, Price, Telljohann y Wahl, 2000, en Rivera, 2010).

En cuanto a los profesionales que enfrentan una suma importancia en la prevención y promoción de la salud mental, se encuentran los psicólogos educativos, quienes deberán poseer ciertas competencias para intervenir ante los comportamientos suicidas de manera efectiva, entre las cuales destacan: habilidades de escucha activa, comprensión empática, juicio clínico y confrontación constructiva (Kirk, 1993, en Rivera, 2010).

A nivel mundial, la OMS (2012), ha identificado el suicidio como un área importante y en aumento de salud pública, proponiendo líneas de trabajo, en las que destacan:

1. Reconocer el problema como una prioridad en salud pública.
2. Desarrollar programas preventivos nacionales en donde sea posible la interconexión con otras políticas de salud pública.
3. Establecer comités nacionales coordinados.

Además, se proponen cinco elementos clave que orientan una estrategia nacional de prevención de suicidio:

- a) Una clara política gubernamental.
- b) Un modelo coherente sobre la conducta suicida y su prevención.
- c) Metas generales.
- d) Objetivos medibles.
- e) Monitoreo y evaluación.

Finalmente, es importante señalar que las transformaciones en la sociedad como la explosión del conocimiento, la disponibilidad masiva de información o la hiperceleración tecnológica, provocan que el entorno este cambiando, pero no sólo para la educación, sino también para las relaciones sociales y vitales. Estos cambios son de tal naturaleza que requieren una transformación de las estructuras sociales, y en particular de las educativas cuyos modelos, procesos y conceptos tienen que ser diferentes a los que se están aplicando actualmente. Es necesario que las estructuras académicas se hagan más flexibles, porque existe un desfase muy grande respecto a la velocidad del cambio tecnológico. No puede haber una escuela donde las cosas ocurran de forma distinta a la sociedad.

Método

Objetivo general

Este estudio plantea como objetivo general analizar las variables asociadas, a la ideación suicida (Bienestar psicológico, Estructura Familiar y Resiliencia) en dos poblaciones de jóvenes universitarios de la FES-Iztacala.

Objetivos específicos

- a) Analizar la relación entre bienestar psicológico, estructura familiar, resiliencia y la ideación suicida en los universitarios.
- b) Comparar la incidencia del riesgo suicida en jóvenes universitarios del primer semestre de las licenciaturas de la salud (Medicina, Enfermería, Odontología y Psicología), del ciclo escolar, 2014-1, y 2015-1.
- c) Identificar cuáles son las licenciaturas con mayor incidencia de ideación suicida.
- d) Identificar si son los hombres o las mujeres los que presentan mayor ideación suicida.

Hipótesis

A partir de los objetivos señalados, se establecieron las siguientes hipótesis:

- a) **Hipótesis 1:** Existen relaciones significativas entre las variables psicológicas evaluadas (bienestar psicológico, estructura familiar y resiliencia), y la ideación suicida.

- b) **Hipótesis 2:** Los jóvenes universitarios de la carrera de medicina, del sexo femenino presentan mayor incidencia de riesgo suicida.

- c) **Hipótesis 3:** Los jóvenes con ideación suicida presentan mayores problemas o situaciones familiares de riesgo.

- d) **Hipótesis 4:** Los jóvenes con mayor bienestar psicológico presentan mayor resiliencia, y mejor estructura familiar, por tanto, menor ideación o intencionalidad suicida.

Pregunta de investigación

Aunado a lo anterior, surge la pregunta de sí, ¿Existe alguna relación significativa entre bienestar psicológico, estructura familiar, resiliencia e ideación suicida, en los jóvenes universitarios de primer semestre de la FES-Iztacala?

Participantes. En el estudio participaron estudiantes universitarios de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, de las carreras de: Medicina, Enfermería, Odontología, y Psicología. Existieron dos poblaciones, la primera conformada por 595 estudiantes del ciclo escolar 2014-1. Mientras que en la segunda población, participaron 448 estudiantes del ciclo escolar 2015-1. Los estudiantes se encontraban cursando el primer semestre de la carrera, por lo que sus edades oscilaban entre los 17 y 20 años.

Materiales. Programa de aplicación de la batería de pruebas, programa SPSS versión 20, programa de Excel y el servicio de alojamiento de archivos de Google drive, el cual permite crear archivos y los guarda en la web, dicho programa fue utilizado para la aplicación de los instrumentos; cabe señalar que el uso de la plataforma de Google Drive tuvo varias ventajas; permitió que los alumnos contestaran en un tiempo breve las pruebas, que los grupos de aplicación fueran numerosos (aproximadamente entre 35 y 40 alumnos por grupo), que hubiera un ahorro en recursos económicos ya que las pruebas se encontraban en archivo electrónico, por lo que no se tuvo que gastar en papel o en algún otro medio impreso y que la obtención de los datos por cada prueba contestada, pudieran ser exportadas en hojas de cálculo de Excel, lo que contribuyó a que el vaciado en el programa de SPSS para el análisis estadístico fuera más ágil y veraz.

Instrumentos. La batería de pruebas que se aplicó a los participantes constó de las siguientes escalas: Escala de bienestar psicológico *RYFF*, Subescala de Cohesión Familiar del Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale- *FACES IV*, el Inventario de Riesgo Suicida (*IRIS*), y la Escala de Resiliencia (*SV-RES*).

La *Escala de Bienestar Psicológico* fue desarrollada por C. Ryff y Keyes (1995), y adaptada al español por Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle, Dirk van Dierendonck, (2006). Esta escala fue retomada de la versión compuesta por 39 ítems conformada por una escala tipo Likert con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo). En su versión original, la escala consta de seis dimensiones: Autoaceptación,

Relaciones Positivas con otras Personas, Autonomía, Dominio del Entorno, Propósito en la Vida y Crecimiento Personal (Ryff y Keyes (1995), en Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle, Dirk van Dierendonck, 2006).

La prueba *FACES IV* ha sido empleada con éxito tanto en Europa como en México, diseñada por Olson (s.f.; citados en Ponce, Rosas, Gómez, Terán, Irigoyen, y Landgrave, 2002), y cuyas siglas en español significan Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en el 2003 en México por Gómez Clavelina e Irigoyen. Su más reciente validación fue realizada por Costa, González, del Arca, Masjuan y Olson (2013). La escala cuenta con dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad familiar.

Por su parte, el propósito del *IRIS* es identificar adolescentes que se encuentren en riesgo alto, medio o bajo de comportamiento suicida al medir la severidad de su sistema de creencias (Kirk, 1994; Brent y Moritz, 1996; citados en Coppari, 2008), y conocer si el joven ha recibido, o le gustaría recibir algún tipo de atención. Parte del supuesto de que el adolescente desarrolla un sistema de creencias que puede ser evaluado mediante una indagación sistemática (King y Kowalchuk, 1994; Shaffer, 2000, en Coppari, op. cit.). Este sistema de creencias lleva al adolescente a considerar opciones suicidas en lugar de otras de tipo adaptativo. Además, la evaluación del grado en que el adolescente ha pensado en algún método y circunstancias para morir, podría predecir de manera más consistente la fatalidad del intento suicida. Las tres dimensiones evaluadas en esta escala son las siguientes: Ideación Suicida, Depresión y Ausencia de Factores Protectores.

Situación Experimental. La aplicación de la batería de pruebas se llevó a cabo en la sala de medios que consta de 40 computadoras conectadas en línea, donde se había colocado previamente el software que contenía todas las evaluaciones.

Variables.

Las variables fueron *Bienestar psicológico, estructura familiar, resiliencia, y riesgo Suicida*. Considerando las puntuaciones obtenidas en las seis dimensiones de la Escala de Bienestar Psicológico RYFF, las dos dimensiones del FACES IV, el puntaje total de la Escala de Resiliencia y las puntuaciones de las tres dimensiones del Inventario de Riesgo Suicida, IRIS. Todas las variables son de razón.

En función de las variables psicológicas mencionadas, se podrán analizar los factores que influyen en que los jóvenes universitarios tengan o hayan tenido en algún momento de su vida ideación suicida o intento suicida.

Diseño.

De acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado, el diseño de este estudio fue longitudinal, debido a que la investigación proporciona información sobre cómo las variables y sus relaciones, evolucionan a través el tiempo (Hernández, et. al, 2010).

En cuanto a la inferencia del investigador, ésta fue de tipo no experimental dado que no se manipularon las variables.

Procedimiento

Para la recogida de datos, la población que participó en el estudio fue elegida de manera aleatoria, para lo cual, se contactó a los jefes de las carreras de interés para este estudio, para solicitar la participación de los alumnos de primer semestre de cada licenciatura, quienes a su vez contactaron a los grupos para informarles y solicitar su participación.

Luego, se procedió a enviarle un correo electrónico a los distintos profesores de la facultad, en el que se les daba por enterado el horario en que se llevaría a cabo la aplicación de las pruebas psicológicas.

La aplicación de las pruebas duró una semana, cada día se le aplicaba la batería a todos los grupos seleccionados de una misma carrera. Se comenzó con la carrera de psicología, siguiendo con medicina, enfermería y para el último día, odontología.

La administración de la batería de pruebas se organizó por sesiones, en cada una, se dirigía a un grupo al aula de medios que se encuentra en la biblioteca de la FES Iztacala. Uno de los investigadores iba por el grupo que previamente ya había sido asignado a la investigación, se les pedía a los alumnos que se acomodaran en cada una de las máquinas y después se les indicaba que contestaran cada una de las pruebas comenzando por la primera pestaña (cada pestaña incluía una prueba), cuando concluyeran tenían que dar click en el botón de enviar, para que se enviaran sus respuestas a la base de datos de Google Drive, si no les salía ninguna leyenda que indicara que les faltaba alguna pregunta por contestar, podían continuar con la siguiente prueba, de lo contrario tenían que regresar a la pregunta que les estuviera haciendo falta para poder pasar a la siguiente pestaña, y así de manera sucesiva con las siguientes pestañas. Se les pedía que cuando terminaran de contestar levantaran la mano para que uno de los investigadores corroborara que se habían contestado todas las pruebas, se les daba las gracias y se les decía que podían retirarse. Antes de que entrara el

siguiente grupo se volvía a cargar el link de cada una de las pruebas. Cada sesión en la que se aplicaban las pruebas, tenía una duración aproximada de 40 minutos.

Para aumentar la validez de los datos obtenidos, ante la administración de las pruebas se ofrecían de manera clara y sencilla las instrucciones para responderlas, así mismo, se dedicaron varios minutos antes de la aplicación para crear un clima adecuado, insistiendo en la confidencialidad de los datos, la voluntariedad de la actividad y se les explicó que con su participación colaborarían en un proyecto dirigido a conocer las características y problemas de los jóvenes de su edad con el fin de sentar las bases de programas que ayudaran a mejorar su calidad de vida.

Para el tratamiento estadístico se procedió a realizar el análisis de los datos recabados durante la aplicación de las pruebas psicológicas. Para comenzar se transcribieron tanto al programa SPSS, como a Excel, los datos obtenidos para posteriormente realizar el análisis correspondiente. En un primer momento se correlacionaron las seis dimensiones que constituyen a la Escala de Bienestar Psicológico de RYFF y las dos dimensiones que conforma al FACES IV, y el puntaje total de la Escala de Resiliencia con las tres dimensiones que evalúa la prueba IRIS, dichas relaciones fueron a través del coeficiente de correlación de Pearson. Finalmente, se obtuvo el porcentaje de incidencia del riesgo suicida de la población.

Resultados

Para comenzar a describir los resultados obtenidos en el estudio, se presentan los datos recopilados en las poblaciones seleccionadas, es importante recordar que se tomaron en cuenta los datos de las pruebas psicológicas aplicadas a las dos poblaciones de estudiantes, de cada ciclo escolar correspondiente (población 1: 2014-1, población 2: 2015-1).

A partir de las correlaciones de las seis dimensiones de la Escala de Evaluación de Bienestar Psicológico Subjetivo (Ryff): autoaceptación, relación con otros, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida; y las tres subescalas del Inventario de Riesgo Suicida para adolescentes (IRIS): ideación suicida, depresión y ausencia de factores protectores; se puede mencionar lo siguiente: en la dimensión de *autoaceptación*, la correlación es negativa y significativa a un nivel de $p < 0.01$, en las subescalas de ideación suicida, depresión y ausencia de factores protectores, para ambas poblaciones (*ver tabla 1*).

Para la dimensión de *relaciones con otros*, en las poblaciones estudiadas, la correlación es negativa y significativa a un nivel de $p < 0.01$, en las subescalas de depresión y ausencia de factores protectores. Sin embargo, para la subescala de ideación suicida, en la primera población es negativa y significativa a un nivel de $p < 0.05$, $r = -.433^*$. Mientras que para segunda población no lo es, resultando ser una correlación negativa pero no significativa, $r = -.087$.

En lo que concierne a la dimensión de *autonomía*, para la primera población, se encontró una correlación negativa y significativa a un nivel de $p < 0.01$, en las tres subescalas evaluadas del IRIS (ideación suicida, depresión y ausencia de factores protectores). Por lo que corresponde a la segunda población, los resultados fueron variados, entre la dimensión autonomía e ideación suicida, se obtuvo, $r = .004$, siendo una correlación positiva y no significativa. Por último, en las correlaciones de las subescalas autonomía y depresión junto con ausencia de

factores protectores del IRIS, se alcanzó una correlación negativa y significativa pero a un nivel de $p < 0.05$, para esta misma población.

Por lo que corresponde a las dimensiones del Ryff: *dominio del entorno*, *crecimiento personal* y *propósito en la vida*, sus resultados coincidieron en cuanto a la correlación con las subescalas depresión y ausencia de factores protectores, para ambas poblaciones, con un nivel de significancia de $p < 0.01$, siendo una correlación negativa. Por otra parte, se hallaron diferencias en las dos poblaciones entre la subescala ideación suicida del IRIS, con respecto a las tres dimensiones antes mencionadas (dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida) del Ryff; obteniendo una correlación negativa y significativa con un nivel de $p < 0.01$, solamente para la primera población. Mientras que para la segunda población, se consiguió una correlación negativa, pero sin significancia, entre la dimensiones ya descritas.

DIMENSIONES DEL RYFF	SUBESCALAS DEL IRIS					
	Ideación e intencionalidad suicida		Depresión y desesperanza		Ausencia de factores protectores	
	Población 1	Población 2	Población 1	Población 2	Población 1	Población 2
Autoaceptación	-.537**	-.130**	-.648**	-.214**	-.669**	-.207**
Relaciones positivas con otros	-.433*	-.087	-.555**	-.138**	-.551**	-.209**
Autonomía	-.299**	.004	-.397**	-.108*	-.390**	-.119*
Dominio del entorno	-.499**	-.075	-.619**	-.152**	-.587**	-.141**
Crecimiento personal	-.146**	-.001	-.452**	-.122**	-.473**	-.136**
Propósito en la vida	-.507**	-.080	-.604**	-.143**	-.619**	-.142**

**La correlación significativa es un nivel de 0.01 (bilateral).

*La correlación significativa en un nivel de 0.05 (bilateral).

Tabla 1. Muestra las correlaciones entre los puntajes obtenidos en cada una de las dimensiones del RYFF y del IRIS, en las poblaciones estudiadas.

A continuación se presentan los resultados de las correlaciones de las dimensiones de la prueba FACES IV, respecto a las subescalas del IRIS, para ambas poblaciones.

En la dimensión *adaptabilidad* del FACES IV, se encontró una similitud del nivel de significancia $p < 0.01$, entre esta dimensión y las tres subescalas del IRIS (ideación suicida, depresión y ausencia de factores protectores), con una correlación negativa en la primera población (*ver tabla 2*). Mientras que para la población dos, las correlaciones entre estas subescalas y la dimensión del FACES IV, si bien fue negativa, pero no significativa.

Por último, en la segunda dimensión del FACES IV, *cohesión*, igualmente se encontró una similitud entre dicha dimensión evaluada y las tres subescalas del IRIS (ideación suicida, depresión y ausencia de factores protectores), para la población uno, teniendo un nivel de significancia de $p < 0.01$, y su vez, una correlación negativa. Por lo que concierne a la segunda población, se puede observar en la tabla 2, que los resultados son notablemente variados. Entre la dimensión cohesión del FACES IV, y la subescala de ideación suicida, se tuvo $r = -.099^*$, la correlación fue negativa y significativa en un nivel de $p < 0.05$. En la misma dimensión, pero con relación a la subescala depresión, la correlación fue negativa, $r = -.037$, y no significativa. Finalmente, en la subescala de ausencia de factores protectores, la correlación con la dimensión cohesión fue de $r = -.141^{**}$, siendo negativa y significativa a un nivel de 0.05.

DIMENSIONES DEL FACES IV	SUBESCALAS DEL IRIS					
	Ideación e intencionalidad suicida		Depresión y desesperanza		Ausencia de factores protectores	
	Población 1	Población 2	Población 1	Población 2	Población 1	Población 2
Adaptabilidad	-.407**	-.053	-.403**	-.001	-.471**	-.034
Cohesión	-.361**	-.099*	-.445**	-.037	-.578**	-.141**

**La correlación significativa es un nivel de 0.01 (bilateral).

*La correlación significativa en un nivel de 0.05 (bilateral).

Tabla 2. Muestra las correlaciones entre las dimensiones del FACES IV y el IRIS, de acuerdo a los resultados obtenidos en las poblaciones estudiadas.

Otro de los aspectos evaluados fue el nivel de incidencia del *riesgo suicida*, identificado a partir de los datos obtenidos del Inventario IRIS, contemplando tres grados: alto, medio y bajo. A continuación se presentan los datos transformados

en porcentajes del nivel de *riesgo alto* de ideación o intencionalidad suicida, para ambas poblaciones (ver tabla 3).

Riesgo Alto				
Carreras de la salud	Población 1 N=595		Población 2 N=448	
	Porcentaje	Género que predomina	Porcentaje	Género que predomina
Psicología	3.11%	Femenino	0%	-
Medicina	16.50%	Femenino	2.30%	Femenino
Enfermería	3.50%	Femenino	5.48%	Femenino
Odontología	2.10%	Femenino	3.19%	Femenino
TOTAL	25.21%		10.97%	

Tabla 3. Muestra los porcentajes de riesgo alto suicida, obtenidos en las carreras evaluadas, indicando el género que predomina en cada una, para ambas poblaciones.

En la tabla 3, se pueden observar los porcentajes obtenidos en el riesgo alto, por cada carrera de cada población. Con un total de 25.21%, la primera población manifestó riesgo alto suicida, por otro lado, la segunda población alcanzó el 10.97%. Para la primera población, en la carrera de psicología, para este nivel de riesgo, se obtuvo 3.11%, predominando en el sexo femenino, mientras que para la segunda población, no se manifestó ningún caso de riesgo alto.

En la carrera de medicina se registró el 16.50%, para la primera población, teniendo mayor incidencia en el sexo femenino, por lo que respecta a la segunda población, ésta alcanzó el 2.30%, con prevalencia en el sexo femenino. Para la carrera de enfermería, se encontró un 3.50%, con incidencia mayor en el sexo femenino, para la primera población; por otro lado, en la segunda población se manifestó el 5.48%, con mayor ocurrencia en el sexo femenino.

Por último, en la carrera de odontología, la primera población obtuvo 2.10%, predominando en el sexo femenino, de igual manera, con mayor incidencia en las mujeres, con 3.19%, la segunda población puntuó en riesgo alto. Los porcentajes antes descritos pueden observarse gráficamente en la figura 1.

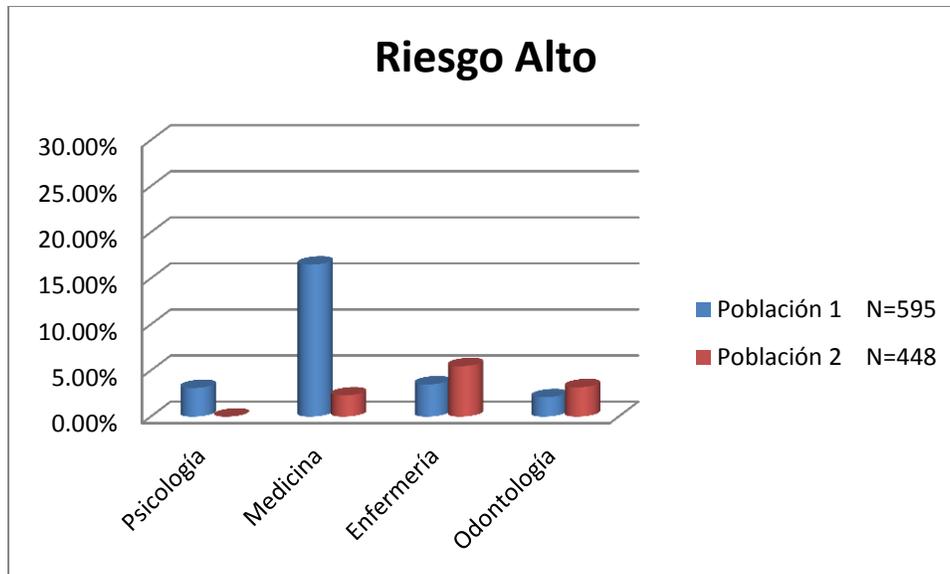


Figura 1. La gráfica muestra los porcentajes de riesgo alto suicida, obtenidos en las carreras evaluadas, para ambas poblaciones.

Por consiguiente, se presentan los datos transformados en porcentajes del nivel de *riesgo medio* de ideación o intencionalidad suicida, para ambas poblaciones (ver tabla 4).

Riesgo Medio				
Carreras de la salud	Población 1 N=595		Población 2 N=448	
	Porcentaje	Género que predomina	Porcentaje	Género que predomina
Psicología	3.40%	Femenino	7%	Masculino
Medicina	3.40%	Femenino	16.70%	Femenino
Enfermería	34.32%	Femenino	7.22%	Femenino
Odontología	2.07%	Femenino	3.00%	Femenino
TOTAL	43.19%		34.14%	

Tabla 4. Muestra los porcentajes de riesgo medio suicida, obtenidos en las carreras evaluadas, indicando el género que predomina en cada una, para ambas poblaciones.

En la tabla 4, se indican los porcentajes de riesgo medio suicida, que se obtuvieron en las carreras evaluadas para cada población. La primera población manifestó el 43.19% en este nivel de riesgo, mientras que la segunda población reportó el 31.14%. Por lo que respecta a la carrera de psicología, para la primera población se obtuvo el 3.40%, predominando en el sexo femenino, por su parte, la segunda población indicó el 7%, con mayor prevalencia en el sexo masculino.

En la carrera de medicina, la primera población señaló 3.40%, con incidencia en el sexo femenino, de igual manera para la segunda población, pero ésta alcanzó el 16.70%. Para la carrera de enfermería, la primera población manifestó 34.32%, con prevalencia en el sexo femenino, mientras que la segunda población registró 7.22%, con incidencia en el mismo género.

En este mismo nivel, con igual incidencia en el sexo femenino, se indicó con 2.07%, y 3.00%, para cada población, respectivamente, en la carrera de odontología. Los porcentajes antes descritos pueden observarse gráficamente en la figura 2.

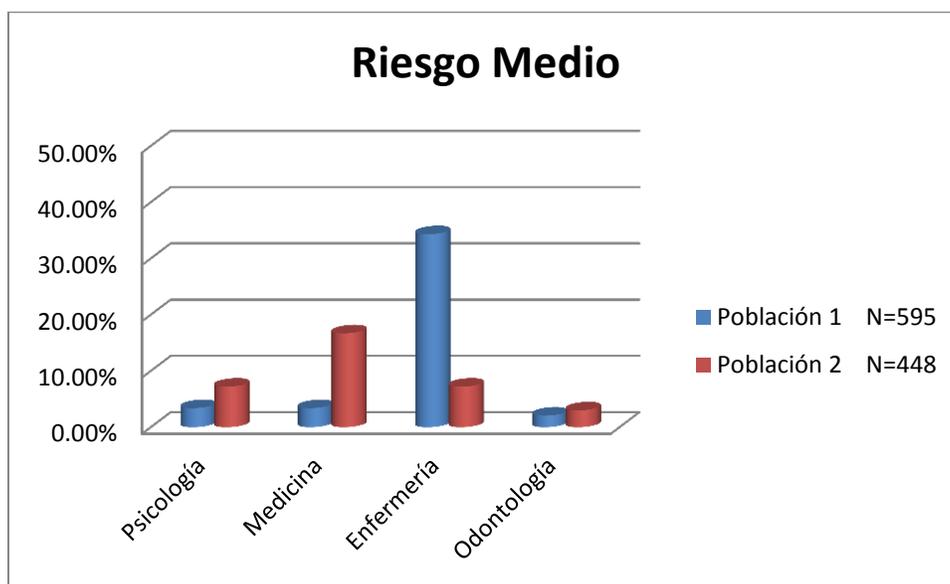


Figura 2. La gráfica muestra los porcentajes de riesgo medio suicida, obtenidos en las carreras evaluadas, para ambas poblaciones.

Por otro lado, se presentan los datos transformados en porcentajes del nivel de *riesgo bajo* de ideación o intencionalidad suicida, para ambas poblaciones (ver tabla 5). Para la primera población se obtuvo un total de 31.59% de riesgo medio suicida, mientras que, para la segunda población se presentó el 54.87%.

En la carrera de psicología se indicó 21.24%, con mayor prevalencia en el sexo femenino, mientras que para la segunda población, se manifestó en el sexo masculino, con 24.43%.

Para la carrera de medicina, se alcanzó el 5.10%, predominando el sexo femenino, asimismo, en la segunda población puntuó alto en el sexo femenino, con 8.12%. Por su parte, la carrera de enfermería, registró, 2.60%, y 19.22%, para cada población, respectivamente, con mayor prevalencia en el sexo femenino. Finalmente, en la carrera de odontología, la primera población obtuvo 2.60%, y la segunda población el 3.10%, ambas poblaciones con mayor incidencia en el sexo femenino. Los porcentajes antes descritos pueden observarse gráficamente en la figura 3.

Riesgo Bajo				
Carreras de la salud	Población 1 N=595		Población 2 N=448	
	Porcentaje	Género que predomina	Porcentaje	Género que predomina
Psicología	21.24%	Femenino	24.43%	Masculino
Medicina	5.10%	Femenino	8.12%	Femenino
Enfermería	2.60%	Femenino	19.22%	Femenino
Odontología	2.60%	Femenino	3.10%	Femenino
TOTAL	31.59%		54.87%	

Tabla 5. Muestra los porcentajes de riesgo bajo suicida, obtenidos en las carreras evaluadas, indicando el género que predomina en cada una, para ambas poblaciones.

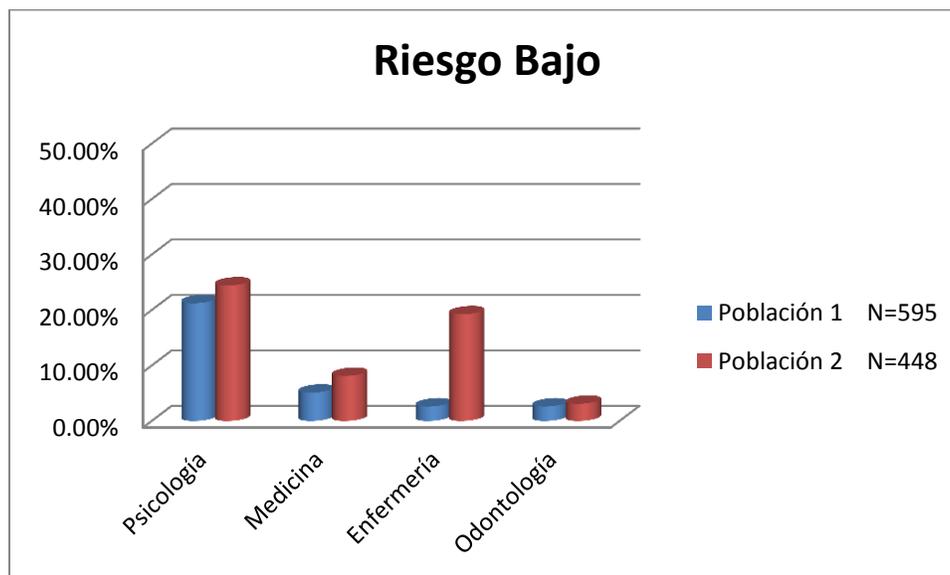


Figura 3. La gráfica muestra los porcentajes de riesgo bajo suicida, obtenidos en las carreras evaluadas, para ambas poblaciones.

Por otro lado, la tabla 6 presenta los porcentajes totales de cada nivel de riesgo suicida en las dos poblaciones estudiadas.

Para la primera población, un total de 25.21% presentó alto riesgo suicida, predominando en el sexo femenino. En riesgo medio se obtuvo un total de 43.19%, donde se ubicó con mayor incidencia en el sexo femenino. El 31.59% indicó en bajo riesgo, con mayor ocurrencia en el sexo masculino.

Por lo que respecta a la segunda población, con un total de 10.97% se manifestó un alto riesgo suicida, mayormente en el sexo femenino. El 34.14%, señaló riesgo medio suicida, predominando en el sexo femenino, y por último, con un total de 54.87%, prevaleció con riesgo bajo en el sexo femenino.

Los porcentajes antes descritos pueden verse gráficamente en la figura 3, que se muestra a continuación.

INCIDENCIA DEL IRIS	Población 1 N= 595		Población 2 N=448	
	Porcentaje total	Género	Porcentaje total	Género
Riesgo Alto	25.21%	Femenino	10.97%	Femenino
Riesgo Medio	43.19%	Femenino	34.14%	Femenino
Riesgo Bajo	31.59%	Masculino	54.87%	Femenino

Tabla 6. Muestra la incidencia total del riesgo suicida en sus tres niveles, presentada en porcentajes para cada población de estudiantes universitarios, indicando el género que predomina en cada nivel de riesgo.

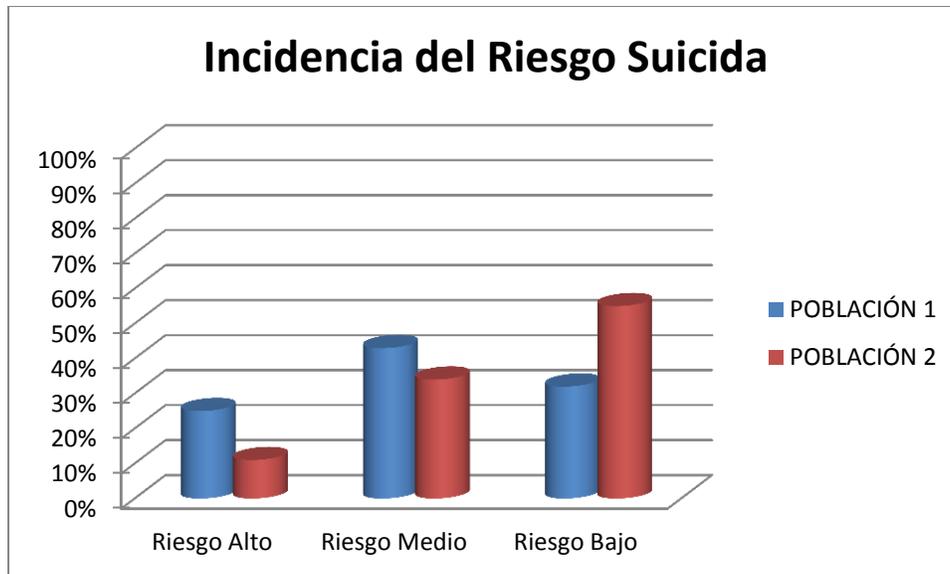


Figura 4. La gráfica muestra la incidencia total del riesgo suicida en sus tres niveles, presentada en porcentajes para cada población de estudiantes universitarios.

Cabe mencionar, que para la segunda población se tomó se cuenta una variable extra, con respecto a la primera población, la cual es *resiliencia*. Se consideró de suma relevancia evaluarla, debido a la importancia que algunos autores documentan en estudios, donde se correlaciona esta variable con el riesgo suicida en la población adolescente. Por lo cual, a continuación se describen los puntajes obtenidos en la Escala de Resiliencia, en relación a las subescalas del IRIS (ver tabla 7).

	SUBESCALAS DEL IRIS		
	Ideación e intencionalidad suicida	Depresión y desesperanza	Ausencia de factores protectores
Población 2			
PUNTAJE TOTAL DE RESILIENCIA	-.087	-.141**	-.202**

**La correlación significativa es un nivel de 0.01 (bilateral).

*La correlación significativa en un nivel de 0.05 (bilateral).

Tabla 7. Muestra las correlaciones entre la Escala de Resiliencia y las dimensiones del IRIS, de acuerdo a los resultados obtenidos en la segunda población.

En la tabla 7, se puede observar que existe una correlación negativa y significativa a un nivel de $p < .001$, en la dimensión resiliencia con la subescala de

depresión y desesperanza de, $r=-.141^{**}$ y con la subescala de ausencia de factores protectores $r=-.202^{**}$. En lo que respecta a la subescala de ideación e intencionalidad suicida, la correlación es negativa pero no significativa $r=-.087$.

Análisis de los resultados

De las poblaciones estudiadas, la primera con N=595 participantes que se evaluó en el ciclo escolar 2014-1, y la segunda con N= 448 participantes evaluada en el ciclo escolar 2015-1, de las cuales, se obtuvieron correlaciones entre las variables estudiadas (bienestar psicológico, estructura familiar, resiliencia y riesgo suicida).

En relación con las variables asociadas al comportamiento suicida, en este estudio, se han abordado tres, la primera de ellas, *bienestar psicológico* evaluado a través de la Escala de Evaluación de Bienestar Psicológico Subjetivo RYFF. Para la primera población evaluada, los resultados de las pruebas demuestran que dichas correlaciones son significativas negativamente, lo que quiere decir que a mayores puntuaciones en la Escala RYFF, menores puntuaciones en la Escala IRIS; esto es “A mayor Bienestar Psicológico, menor “Ideación Suicida”. Por lo que, cada dimensión correlacionada podría interpretarse de la siguiente manera: “A mayor Autoaceptación, Relaciones con Otros, Autonomía, Dominio del entorno, Crecimiento personal y Propósito en la vida, menor será la manifestación de Ideación Suicida, Depresión y/o Ausencia de Factores Protectores), para la población estudiada.

Por lo que corresponde a la segunda población, respecto a las pruebas antes mencionadas, en relación a la variable bienestar psicológico, se puede decir que altas puntuaciones en la dimensión de relaciones positivas, bajas puntuaciones en ideación e intencionalidad suicida (aunque la relación entre éstas, no es significativa); a mayores puntuaciones en relaciones positivas, menores puntuaciones en depresión y desesperanza; a mayores relaciones positivas, menor ausencia de factores protectores. Mayores puntajes de autoaceptación, corresponden a menores puntajes en las tres subescalas del IRIS. A mayor autonomía, mayor ideación e intencionalidad suicida (aunque esta correlación no es significativa); a mayor autonomía menor depresión y desesperanza y menor ausencia de factores protectores. A mayor dominio del entorno menor ideación e

intencionalidad suicida (aunque no es significativa), menor depresión y desesperanza y menor ausencia de factores protectores. A mayor crecimiento personal menores puntajes en las tres subescalas del IRIS, aunque la correlación con ideación e intencionalidad suicida no es significativa. A mayores puntajes en propósito en la vida, menores puntajes en las tres subescalas, aunque no es significativa la correlación con ideación e intencionalidad suicida.

Al comparar las correlaciones de la variable bienestar psicológico, medida por medio de las Escalas RYFF e IRIS; se pudo encontrar diferencias en cuanto a la significancia de las dimensiones evaluadas, es decir, en la primera población mostraron mayor nivel de significancia, mientras que en la segunda, si bien la gran mayoría fueron correlaciones negativas, lo que indica que a mayor bienestar, menor ideación o intencionalidad suicida, éstas no representaron el mismo nivel de significancia, o incluso no lo tuvieron, respecto a la primera población. Cabe resaltar la correlación positiva, arrojada entre mayor autonomía, mayor ideación e intencionalidad suicida, obtenida en para la segunda población.

Por lo que concierne a la segunda variable, *estructura familiar*, la cual fue medida a través del FACES IV, para la primera población los resultados indican que tales correlaciones son significativas negativamente, lo que quiere decir que a mayores puntuaciones en la Escala FACES IV, menores puntuaciones en la Escala IRIS. Lo anterior significa que “A mayor Estructura Familiar, menor grado de Ideación Suicida”. Por lo que, cada dimensión correlacionada podría interpretarse de la siguiente manera: “A mayor Cohesión y Adaptabilidad familiar, menor ideación suicida, depresión y/o ausencia de factores protectores”.

Al respecto de la segunda población se encontró que a mayor cohesión familiar, menor ideación e intencionalidad suicida, a mayor cohesión familiar menor depresión y desesperanza (cabe señalar que no fue significativa), y a mayor cohesión familiar menor ausencia de factores protectores. En lo que concierne a la adaptabilidad familiar, a mayores puntajes de ésta, corresponden menores puntajes en cada una de las subescala del IRIS; sin embargo, dicha correlación no es significativa.

De acuerdo con las correlaciones analizadas anteriormente entre las escalas FACES IV, e IRIS, para la evaluación de la variable estructura familiar, se puede mencionar que estas fueron negativas; es decir, a mayor cohesión y adaptabilidad familiar, mayor estructura familiar, por tanto, menor ideación o intencionalidad suicida, depresión y/o ausencia de factores protectores. Dichos resultados son uniformes para ambas poblaciones, con la pequeña diferencia, que para la primera población resultaron ser correlaciones negativas con un nivel de significancia, respecto a la segunda población.

En la última variable, *resiliencia*, medida a través de la SV-RES, únicamente para la segunda población, se obtuvo que a mayores puntuaciones de resiliencia, menores puntuaciones en las tres subescalas del IRIS; sin embargo, en ideación e intencionalidad suicida la correlación no fue significativa. Es decir, “A mayor resiliencia, menor ideación e intencionalidad suicida”.

Por último, al comparar el índice de ideación suicida en sus tres niveles de riesgo (alto, medio y bajo), evaluados por medio del IRIS, se encontraron diferencias significativas para ambas poblaciones.

Al respecto del riesgo alto, para la primera población se había registrado un total de 25.21%, con mayor prevalencia en la carrera de medicina, en el sexo femenino; los resultados en la segunda población reportaron un total de 10.97%, revelando cambios en cuanto a la carrera de mayor incidencia, siendo las alumnas de enfermería las que se encuentran ahora con mayor riesgo. Aunque el porcentaje en este nivel disminuyó, es importante prestar una especial atención e inmediata a los alumnos que se encuentran dentro del porcentaje obtenido.

Por lo que corresponde al riesgo medio, en la primera población, se alcanzó un total de 43.19%, señalando una mayor tendencia en la carrera de enfermería, en el género femenino. Mientras que en la segunda población, se indicó un total de 34.14%, posicionando con mayor incidencia a la carrera de medicina, igualmente en el género femenino. De igual manera que en el riesgo anterior, en éste nivel se percibe un decremento, no obstante, es importante no perder de

vista, que medicina y enfermería, son las carreras que en estos dos niveles de riesgo permanecen con porcentajes significativos de alerta.

Finalmente, en el riesgo bajo, en ambas poblaciones la carrera de psicología coincidió en permanecer con mayor incidencia en este nivel. Los totales para este nivel de riesgo fueron 31.59%, y 54.87%, respectivamente, para la primera y segunda población; con la diferencia en el género, para la primera población predominó, el sexo masculino, y en la segunda, el sexo femenino. Notando de esta manera, un incremento considerable en este nivel de riesgo para la segunda población, lo cual, representa una señal de alerta, dado que los alumnos que se encuentran entre el porcentaje obtenido se hallan en la posibilidad de sufrir depresión o incluso la posibilidad de alcanzar un mayor riesgo suicida.

Dichos resultados señalan que en ambas poblaciones, las mujeres de todas las carreras evaluadas (medicina, enfermería, psicología y odontología), presentan mayor riesgo (en sus tres niveles) de encontrarse en una situación preocupante de ideación o intencionalidad suicida. x

Por otro lado, identificada en riesgo bajo, la carrera de psicología en la segunda población, alcanzó mayor porcentaje, respecto a la población anterior. Por lo tanto, los resultados analizados resultan alarmantes y es de suma importancia que se analicen los factores que propician este fenómeno. Las correlaciones obtenidas nos dan un indicio de que sus contextos familiares podrían ser factores que intervienen para que la incidencia del riesgo suicida se presente en nuestras poblaciones de jóvenes universitarios de las carreras de la salud; empero, considerando que el suicidio es multicausal, valdría la pena explorar con más detenimiento lo que sucede en la vida personal los alumnos con la finalidad de llevar a cabo una intervención adecuada y oportuna.

Discusión

En concordancia con los datos estadísticos anteriormente referidos, las poblaciones estudiadas refirieron con riesgo alto, el 25.21% y el 10.97%, respectivamente para cada una. Aunque el nivel de riesgo disminuyó es importante señalar que los datos analizados representan un gran reto para los profesionales de salud, en el trabajo de prevención y promoción de la salud mental en los universitarios, en el que se refuercen los factores evaluados como el bienestar psicológico, la resiliencia y los factores familiares para contrarrestar el riesgo suicida.

De acuerdo con las cifras señaladas por el INEGI, (2013), y las estadísticas de las instituciones de salud pública, la población con mayor riesgo de comportamiento suicida, son los jóvenes entre 15 y 29 años, siendo la población más vulnerable ante esta problemática, por lo que este estudio confirma lo anterior, mostrando un incremento en los porcentajes obtenidos en el nivel de riesgo suicida bajo (31.59%, y 54.87%, respectivamente para cada población). Lo cual, representa una señal de alerta, dado que los alumnos que se encuentran entre el porcentaje obtenido se hallan en la posibilidad de sufrir depresión o incluso en la posibilidad de alcanzar un mayor riesgo suicida. Así mismo, se apoyan los datos de la OMS que describen que hay tres veces más suicidios en los hombres que en las mujeres, pero hay tres veces más intentos de suicidio en las mujeres, dado que, en este estudio el sexo femenino mostró mayor incidencia en el riesgo suicida, respecto a los hombres.

El suicidio es un problema complejo, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales. Para este estudio se analizaron los factores familiares, como la adaptabilidad y cohesión familiar; en cuanto a los factores psicológicos y/o individuales, el bienestar psicológico y la resiliencia. Los datos del estudio apoyan la teoría que sustenta que el individuo no está aislado sino que, se encuentra inmerso dentro de un contexto, en el que se

encuentran diferentes subsistemas y los cuales, se relacionan entre sí. De ahí que un nivel de abordaje puede ser el análisis de los factores individuales, en otro nivel encontraríamos el entorno inmediato conformado por familiares, amigos y escuela, y en un nivel más alejado, pero que aún continúa marcando una importante influencia, se encuentra la comunidad y la sociedad en general (Rivera, 2010).

La relación que se obtuvo entre la ideación suicida y la estructura familiar (considerando cohesión y adaptabilidad), coincide con los resultados encontrados por Arenas, (2012), Bernal, (2003), Carbajal y Caro, (2011), García y Ramírez (2010), Minuchin y Fishman, (2002); y Rico, (1999), al señalar que si existe cohesión entre los miembros de una familia es poco probable que uno de sus integrantes corra el riesgo de presentar ideación suicida.

La unión emocional (vínculos afectivos) entre los integrantes de la familia, el compartir actividades, tomar de decisiones en conjunto, la presencia de coaliciones en el contexto familiar, los intereses en común, etc., son factores que se incluyen en la *cohesión familiar*; de la misma forma, cuando una familia es capaz de modificar sus reglas, roles, estructuras de poder, entre otros, se dice que tiene cierto grado de *adaptabilidad*; por lo tanto y a partir de los resultados obtenidos, se puede afirmar que entre mayor sea el grado de *adaptabilidad y de cohesión* en la familia, menor será el grado de ideación suicida, depresión y habrá menor ausencia de factores protectores ante estos dos fenómenos (Carbajal y Virginia, 2011).

Asimismo, los resultados de la presente investigación confirman que la estructura y dinámica familiar son factores importantes para la presencia del fenómeno suicida tal y como lo reportaron Evans, Hawton, Rodham, Deeks (2004; en Vargas y Saavedra, 2012).

Al respecto, Bernal (2003), menciona que la familia es la primera red de apoyo social con la que cuenta un individuo a lo largo de su vida y por ende, es una institución que tiene una función protectora para el individuo ante las tensiones que se generan en la vida cotidiana; es por ello que resulta

comprensible, que la familia cumple una función de vital importancia para el bienestar físico, social y psicológico de los integrantes que la conforman.

La familia es un factor importante para la mayoría de los jóvenes, el ajuste emocional es mejor cuando estas familias son cohesivas, expresivas, y fomentan la independencia de sus miembros. Las personas que viven en una familia con buenos niveles de comunicación, con posibilidades de hablar y ser escuchados, no tienen probabilidad de cometer suicidio como los muchachos que viven en una familia desarticulada, autoritaria, donde no existe la comunicación.

En referencia a lo anteriormente señalado, los resultados de esta investigación apoyan las estadísticas que ubican a la familia como una causa prioritaria, en relación al riesgo suicida. Es así, como en la Ciudad de México se encuentran como variables asociadas al riesgo suicida, los problemas familiares (55.4%), la decepción amorosa para el caso de los hombres (26.7%) y la depresión en el de las mujeres (13.2%). Aunado a lo anterior, los datos registrados durante los años 1990 al 2004, por el INEGI, analizan las causas del suicidio, en primer lugar aparece un disgusto familiar y en segundo lugar, las causas amorosas. Además, Thompson, (1987), en Buendía, Riquelme, y Ruiz, (2004), halla como principales estresores precipitantes del suicidio en adolescentes: la ruptura de relaciones (26%), disputas familiares (22%), además de problemas legales (16%). De acuerdo con estadísticas del INEGI y el INP (2007), en Aguila, (2011), los principales móviles de suicidio, tanto en hombres como en mujeres, son: disgusto familiar (27% hombres y 35% mujeres); causas amorosas (9% hombres y 10% mujeres) y enfermedades mentales o físicas (6% hombres y 2% mujeres).

Es así como la conflictividad familiar, es apuntada como un factor de riesgo, que constituiría un estresor crónico, siendo algunos eventos familiares de mayor intensidad, real o percibida, los que podrían precipitar el suicidio o el intento de suicidio. En un estudio que compara a dos grupos de adolescentes, uno de ellos con intento de suicidio y otro sin él, Lucio, Loza y Durán (2000), en Rivera, (2010), encontraron que el grupo de jóvenes en el que habían intentado suicidarse había

mayor incidencia de sucesos estresantes en el área familiar, presentando diferencias significativas en relación con el grupo control.

Buendía, Riquelme, y Ruiz, (2004), argumentan que existe una asociación significativa entre la discordia familiar y el suicidio; dicha asociación parece mantenerse en las mujeres. De esta manera autores como, Fishman, (1990), O'Connor, (1990), Sherr, (1992), Durkheim, (1990); y Alonso, (1978), en Avendaño, (1995), señalan que las dificultades en la familia constituyen el factor más importante en cuanto a la tendencia hacia al suicidio en adolescentes.

Por tal motivo, se considera que la involucración con la familia es el factor primordial para evitar el suicidio, esto debido a que, es de la familia de donde emerge el individuo, de esta se obtiene y satisface sus necesidades y al no brindarle apoyo u orientación adecuado al individuo, busca en algunos casos apoyo en otras personas y al no encontrarlo recurre a situaciones como las del suicidio (Avendaño, 1995). En relación a lo anterior, diferentes autores han realizado estudios donde se considera a la familia como un factor importante en el comportamiento suicida, desde sus inicios de su estudio con Durkheim.

Por otro lado, y de acuerdo con Zaldívar (2002, en Pérez, Ponce, Hernández y Márquez, 2010); Barra, (2012); Buendía, Riquelme, y Ruiz, (2004); Carbajal y Virginia, (2011); y Rivera (2010); coinciden al expresar que los factores protectores, actúan como amortiguadores del estrés, asimismo contribuyen a disminuir los efectos negativos sobre la salud y el bienestar de una persona, ante lo cual, el presente estudio confirma lo anterior a partir de la correlación significativa y negativa entre el bienestar psicológico y el riesgo suicida (específicamente en la dimensión de “ausencia de factores protectores”), que se encontró a través de la correlación de Pearson, que la mayoría de las dimensiones pertenecientes a la Escala de Bienestar Psicológico Subjetivo de RYFF, correlacionaron negativa y significativamente con las del Inventario de Riesgo suicida para adolescentes IRIS; ya que a medida que el individuo cuente con un mayor bienestar psicológico, contará con más factores que lo protejan de la ideación suicida.

Adicionalmente, dichas relaciones negativas y significativas en las subescalas del IRIS (depresión y desesperanza), con respecto al riesgo suicida, contribuyen a reafirmar los datos y argumentos descritos por Cubillas, Pérez, Valdez, y Galaviz, (2012); y Lester y Gatto, (1989), en Buendía, Riquelme, y Ruiz, (2004), quienes documentaron una relación entre depresión y comportamientos suicidas, refiriendo que la depresión está relacionada muy directamente con la ideación suicida.

Asimismo, Beck, Weissman, Lester y Trexler, (1974), en Buendía, Riquelme, y Ruiz, (2004); Casullo, Bonaldi y Fernández, (2000), González-Fortez (1998); y Ramos y González (1993), identificaron la desesperanza como un importante predictor de la ideación y conducta suicida. Además, se apoya el argumento de que la desesperanza sería una de las características centrales de las personas deprimidas y de aquellas con intención suicida (LaFrombiose y Howard-Pitney, 1995; Howard-Pitney y cols, 1992; McMahon y Armstrong, 1991; Sadowski y Kelley, 1993, en Buendía, Riquelme, y Ruiz, 2004). En este sentido, la aportación de esta investigación, es presentar resultados confiables que respalden lo señalado en estudios anteriores.

De igual manera, los resultados arrojados por el análisis estadístico realizado, coinciden con lo reportado por Quiceno, Mateus, Cárdenas, Villareal y Vinaccia (2013), en Arenas y Lucio (2012), quienes identificaron que existen diferentes variables que inciden en el fenómeno del suicidio, por mencionar algunas, se encuentran la edad, la profesión, el bienestar psicológico, algunos factores familiares y el grado de resiliencia que presentan la persona; en relación a los resultados del estudio, se apoya lo anterior, con las correlaciones negativas y significativas entre resiliencia e ideación suicida; siendo la primera una variable protectora ante esta última.

Al hablar de la profesión, se ha encontrado en la literatura que las licenciaturas que son más propensas a desencadenar problemas emocionales o mentales, son los estudiantes que estudian alguna relacionada al campo de la salud, al tener un contacto cercano y constante con el dolor y el sufrimiento

humano, son más propensos a manifestar pensamientos suicidas, y tienden a presentar mayores problemas emocionales. Galli, Feijoo y Roig, (2002); Hidalgo, Cendali, Cerutti, Cuenca y Kappaun, (2004); Guavita y Sanabria, (2006); Pallavicini, Venegas y Romo, (1988); Perales, Sogi y Morales, (2003), en Cova, Alvial, Aro, Bonifetti, Hernández, y Rodríguez, (2007), concluyen que los estudiantes de medicina, odontología, enfermería y psicología, muestran mayor prevalencia de estrés y de trastornos emocionales, predominando en los estudiantes de medicina, lo cual concuerda con las carreras evaluadas en el presente estudio, entre las que puntuaron con mayor riesgo suicida fueron, la carrera de enfermería y de medicina.

Al respecto, algunos estudios (Hawton, Clements, Sakarovitch, Sinkin y Deeks, 2001; Lideman, Lara, Hakko y Lonngvist, 1996; Mingote, Crespo, Hernández, Navigo y Rodrigo, 2013; Howton y Vislise, 1999; Schernhammer y Colditz, 2004; Hem, Haldorsen, Aasland, Tyssen, Vaglum y Ekeber, 2005; Stallones, Doenges, Dik y Valley, 2013; Hawton, Agerbo, Simkin, Platt y Mellanby, 2011; Agerbo, Gunnell, Bonde, Mortensen y Nordentoft, 2007; Kolves, De Leo, 2013; en Cano, López y Aguilar, 2014), mencionan que los profesionales sanitarios (enfermeros, dentistas y médicos), tienen mayor propensión a la conducta suicida debido a factores relacionados con su ejercicio profesional, tales como las condiciones y organización de su trabajo, el que estén dedicados al cuidado de sus pacientes, a que la cultura de la medicina no concede tanta importancia al cuidado de la salud mental de los profesionales; de tal forma que no tienen las habilidades psicosociales para enfrentar los retos que se les presentan durante su práctica diaria, entre otros.

Por otro lado, cabe mencionar que la sociedad actual es cada día menos una entidad estable. Buendía, Riquelme, y Ruiz, (2004), mencionaba que la sociedad post-moderna se caracteriza por la diversidad de estructuras familiares. Muchos adolescentes han presenciado cambios profundos de la estructura y funcionamiento de su familia; donde la fragmentación familiar sucede a causa de los cambios demográficos, en algunos casos han tenido que vivir con una madre

sola o un padre solo. La situación en que se desarrolla la vida de algunos adolescentes es difícil y la influencia que reciben es muy compleja. Los adolescentes actuales no son iguales que los de hace unas décadas, tienen características especiales. El escaso tiempo disponible y las distancias generan aislamiento de los lazos familiares y sociales. Otra diferencia importante entre los adolescentes actuales es el incremento extraordinario de consumo. Se ha creado todo un mercado para este grupo de población, el cual gasta lo que sus padres y madres ganan, a veces dedicando muchas horas fuera casa.

En este sentido, la sociedad está volcada hacia ellos porque busca derivar hacia la adquisición de productos con ansias de vivir. Casullo, Bonaldi y Fernández, (2000), expresan que los suicidios que reciben mucha publicidad a través de los medios de comunicación pueden motivar conductas semejantes en otras personas. Son los denominados “*suicidios por imitación*”, a los que, los adolescentes son especialmente susceptibles. Aguila, (2011), también habla de esta conducta imitativa, al describir el *efecto Werther*, o imitación de la conducta suicida juvenil, difundida en medios masivos de comunicación.

Hoy en día el internet es el medio masivo de difusión más empleado por la población adolescente. Hablando de la conducta suicida, actualmente, el internet ha globalizado el mundo, por lo que ha ofrecido nuevas posibilidades para la prevención del suicidio. No obstante, no todo es ventajoso, pues el internet ha adquirido una creciente influencia sobre la vida humana, la cual está repleta de sitios en los que se debate acerca de temas que tienen que ver con la muerte, e incluso algunos llegan a transformarse en clubes virtuales de suicidas, lo que es toda una desgracia (Rivera, 2010).

Quizá estos sitios virtuales puedan disparar comportamientos suicidas en personas vulnerables, en particular adolescentes, al darles a aquellos que están profundamente deprimidos, una oportunidad que de otro modo no tendrían para entrar en contacto con quienes se sienten igual que ellos. Por lo que, la función de la familia como promotora de salud y enfermedad en sus integrantes está siempre presente, siendo esta el eje primordial del bienestar psicológico del adolescente.

Es importante reconocer que atender estratos de la vida personal de los alumnos, como la familia, es un asunto que debería llevarse a cabo en la institución debido a la relación que tiene con el fenómeno suicida. Se concuerda, con Casullo, Bonaldi y Fernández, (2000), quienes definen que las escuelas son escenarios donde aparecen sentimientos, comportamientos y emociones que pueden ser observados y compartidos por adultos y pares ajenos al núcleo primario familiar de pertenencia. Siendo éste un contexto prioritario para la detección de conductas alarmantes, dado a la facilidad de establecer contacto, principalmente con las escuelas públicas del estado, para poner en marcha proyectos integrales de investigación, que contemplen la detección, intervención, atención y seguimiento; por medio del ofrecimiento de la atención psicológica más pertinente para el estudiante que se encuentre en riesgo. Por lo tanto, en esta investigación se considera muy importante y necesaria la creación de programas de prevención e intervención que les brinden a los alumnos las herramientas necesarias para aplicarlas en los diversos contextos en los que se encuentran inmersos, específicamente en el familiar y en su bienestar psicológico.

El incremento del suicidio y del intento suicida requiere mayor investigación para lograr una mayor precisión, comprensión y explicación del mismo, puesto que parece ser un síntoma de los tiempos modernos, que se deposita en un periodo de desarrollo de especial vulnerabilidad. Por lo anterior, se puede concluir que el suicidio constituye un problema importante de salud pública que demanda una mayor atención, especialmente en el campo de la prevención, sobre todo cuando se trata de grupos considerados de alto riesgo. Encaminados a la prevención dentro de las instituciones educativas, se podrá reducir la incidencia de comportamientos suicidas en los estudiantes, así como la aparición de nuevos casos.

Es necesario contar con una prevención articulada, congruente e integral del suicidio, en donde se ubique a éste como un importante problema de salud que requiere para su solución de la participación conjunta y especializada de las instituciones de salud y de educación tanto pública como privada.

Se concuerda con Rivera, (2010), quien expresa su inquietud por la necesidad de una transformación y/o focalización de las políticas de salud y de desarrollo social, de manera que pueda ser posible mejorar las condiciones de la sociedad en general y de las familias y los individuos en particular. Apoyar una dinámica familiar armónica, promover habilidades de comunicación hacia el interior de la familia y también fuera de ella o capacitar a los individuos en su forma de enfrentar los problemas, son algunas de las intervenciones preventivas que deberían realizarse.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados que arrojó el presente estudio, y en base a la literatura consultada, se puede concluir que, la alta incidencia de comportamientos suicidas, son una llamada de alerta para prestar mayor e inmediata atención a los jóvenes que denoten síntomas o conductas de riesgo. Hoy en día, el suicidio, es considerado como un problema de salud pública en los adolescentes tanto por su alta prevalencia como por el factor de riesgo que esto implica para su desarrollo, por lo que resulta de suma importancia implementar programas e intervenciones dedicados a la prevención, rehabilitación y tratamiento de este tipo de conductas de riesgo, que permitan parar las tentativas de aumento en las tasas de mortalidad por suicidio. De igual forma, se puede señalar que existe una relación significativa entre la ideación suicida y la estructura familiar, así como el bienestar psicológico y la ideación suicida.

La relevancia de la presente investigación, radica en que siendo la FES Iztacala, una institución dedicada a la enseñanza de profesiones de la salud, a la investigación y al servicio a la comunidad a través de la Clínica Multidisciplinaria, tiene la obligación de conocer la salud tanto física como psicológica de sus estudiantes para intervenir y evitar que los alumnos se vean afectados por cuestiones físicas y psicológicas que les impidan un buen rendimiento académico o los lleven a la deserción escolar.

Estudios como el que se llevó a cabo, permiten conocer otras áreas personales (como la familia, el bienestar psicológico subjetivo y la resiliencia) de los estudiantes e idear programas que les brinden la atención necesaria, a parte de los ya existentes. Programas como CREAS y la clínica de Terapia Familiar de la Institución se encargan de brindar ayuda a la comunidad, atendiendo en el caso de CREAS, a personas en situación de riesgo suicida o alguna crisis, y en el caso de la clínica de Terapia Familiar, a las familias de la comunidad que lo requieren; sin embargo, la frecuencia con la que se presenta la conducta suicida, los

conflictos familiares y todos aquellos relacionados al bienestar psicológico, va en aumento y por consiguiente la demanda de estos servicios también, por lo que resulta necesario investigar la relación que tienen estas problemáticas y diseñar otros programas alternos que satisfagan las necesidades de los alumnos; de tal forma que la institución no sólo prepare a los alumnos profesionalmente, sino en el nivel personal y humano de manera tal, que cuando éstos ingresen al campo laboral, tengan las habilidades y herramientas necesarias para ejercer de manera ética y responsable su profesión.

Considerando que el bienestar psicológico, las relaciones familiares y la resiliencia pueden ser factores protectores e importantes ante las conductas de riesgo como lo es el suicidio y considerando que los jóvenes son una población con alto grado de riesgo a conductas suicidas, de acuerdo a las estadísticas referidas en la literatura y en base a los resultados del presente estudio; resulta comprensible que los estudiantes de las licenciaturas de la salud suelen ser una población propensa al suicidio y que los estudios respecto a conductas suicidas en las escuelas, tiene diversos alcances, como el que es un lugar en el que se pueden integrar tanto el proceso de detección y el tratamiento psicológico, por tanto; se puede afirmar que el objetivo del presente estudio se cumplió satisfactoriamente, al corroborar que sí existe una relación significativa entre el bienestar psicológico, la estructura familiar y la resiliencia, con respecto a la ideación suicida, en las dos poblaciones de jóvenes universitarios del primer semestre de las carreras de la salud de la FES-Iztacala.

Así mismo, las hipótesis planteadas pueden corroborarse al afirmarse, que sí existen relaciones significativas entre las variables psicológicas evaluadas (bienestar psicológico, estructura familiar y resiliencia), y la ideación suicida. De la misma forma, en este estudio se apoyó los resultados de investigaciones dedicadas a identificar los factores que inciden en los jóvenes con ideación suicida, coincidiendo en que los jóvenes con tendencia a la ideación o intencionalidad suicida, presentan mayores problemas o situaciones familiares de riesgo. Mientras que, los jóvenes con mayor bienestar psicológico presentan

mayor resiliencia, y una mejor estructura familiar, por tanto, menor ideación o intencionalidad suicida. Es así, como la interrelación de las variables de bienestar psicológico, resiliencia y los factores familiares pueden predecir el riesgo suicida en los jóvenes.

Empero, se difiere con la hipótesis que planteaba que los jóvenes universitarios de la carrera de medicina, del sexo femenino se mantendrían para la segunda evaluación como los jóvenes con mayor incidencia de riesgo suicida. Resultando ser de esta manera para primera población, mientras que para la segunda, predominaron las mujeres de la carrera de enfermería.

En suma, es importante mencionar que si bien, las variables antes mencionadas no son las únicas relacionadas a la conducta suicida, sí son algunas en las que los profesionales de la psicología de la institución mencionada, pudieran intervenir a través de diferentes programas de atención psicológica.

Adicionalmente, se mencionarán algunas recomendaciones que se consideran importantes para futuras investigaciones (siguiendo la línea de este estudio): valdría la pena realizar un análisis estadístico que permitiera identificar la o las variables que influyen en menor o mayor grado, sobre la conducta suicida de esta población. Lo anterior, posibilitaría el diseño de intervenciones más precisas y eficaces, encaminadas a fortalecer las áreas (variables) con mayor incidencia en el fenómeno suicida. Asimismo, contar una investigación cualitativa con los casos en riesgo suicida encontrados en la presente, coadyuvaría a identificar factores subjetivos, contruidos por los estudiantes que los llevan al comportamiento suicida.

Por lo que concierne, a las sugerencias para la prevención y atención de adolescentes con riesgo suicida, se considera indispensable tomar en cuenta las tres partes que forman el proceso: investigación, enseñanza y servicio.

Al respecto, una investigación como la que se presenta, pero llevada a cabo con estudiantes de los últimos semestres de las carreras estudiadas, permitiría ampliar la visión del estado anímico en el que se encuentran los estudiantes de la

institución, a partir de la interacción con todo el contexto que implica estudiar en ella (relación con profesores y compañeros, dificultad de las materias, entre otros), es decir, si la institución contribuye o no al bienestar psicológico de los alumnos. De igual manera, sería importante evaluar los pensamientos sobre el futuro (positividad o negatividad) que tienen los jóvenes al concluir la licenciatura.

Aunado a lo anteriormente señalado, se requieren campañas para estimular mayor apoyo y divulgación de la atención psicológica en modo de crisis para estudiantes con ideación suicida, para la población de jóvenes universitarios en general. Que además, contribuyan a promover la educación cultural sobre el suicidio con conferencias, cursos y talleres; que permita romper tabúes en los estudiantes y profesores.

Por otro lado, se puede hacer una reflexión en cuanto a la necesidad de incrementar la comunicación en las familias, que faciliten el establecimiento de relaciones más sanas entre padres e hijos, basadas en el afecto, y no en la satisfacción de bienes materiales única y exclusivamente. Así mismo, es imprescindible fomentar lazos de unión y apoyo de tipo familiar y social, para los adolescentes y jóvenes, que les genere el sentirse en un grupo que le aprecia y ama. Además, que los posibilite de mejores recursos para hacer frente a todo tipo de situaciones en su vida, con el empleo adecuado de estrategias de afrontamiento de situaciones conflictivas. Concluyendo, que la familia es factor determinante de la personalidad del adolescente, y la tendencia a un comportamiento suicida.

Cabe hacer mención de un tema que si bien, no se analizó en el presente estudio, si se abordó en la literatura, dado a la documentación sobre su reciente incidencia, el internet se ha convertido en una red de riesgo para los jóvenes; es por ello, que se sugiere supervisar los sitios que visitan los adolescentes en la web y si se descubre que están visitando foros relacionados con el tema de la muerte o la incitación al suicidio, pedir ayuda profesional urgente. También, algunos autores recomiendan publicar en internet los factores protectores para evitar el suicidio, así como publicar en la red de redes los signos de alarma de una crisis suicida,

divulgar medidas sencillas que permitan a la población saber qué hacer en caso de detectar un individuo con riesgo de suicidio; y las fuentes de salud mental a las que pudiera acudir en caso de crisis suicida. Finalmente, sería importante una prevención a nivel nacional, donde se establezcan contratos para el uso de internet que obliguen al usuario a respetar una cláusula que prohiba su utilización en la incitación a suicidio.

Referencias

- Águila, T. A. (2011). *Suicidio. La última decisión*. México: Trillas, pp. 22-27, 66-68, 104-112.
- Arenas, P. (2012). Resiliencia y riesgo de suicidio en adolescentes expuestos a sucesos de vida estresantes. Tesis de Doctorado en Psicología no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Ciudad Universitaria. Encontrado en [http://132.248.9.195/ptd2012/mayo/0679586/0679586_A1.pdf#search=%22estrategia de intervencion para adolescentes en riesgo suicida%22](http://132.248.9.195/ptd2012/mayo/0679586/0679586_A1.pdf#search=%22estrategia%20de%20intervencion%20para%20adolescentes%20en%20riesgo%20suicida%22). Recuperado el 16 de marzo de 2015.
- Arenas, P. y Lucio, E. (2012). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica* 33(1), 51-74.
- Avendaño, H. G. (1995). Un análisis sobre el adolescente suicida y la terapia familiar sistémica. Tesis: Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 170-190.
- Balcázar, P., Loera, N., Gurrola, G., Bonilla, M. y Trejo, L. (s.f.). Adaptación de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff en Adolescentes Preuniversitarios. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 7(1), 69-86.
- Barra, E. (2012). Influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos. *Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 8(1), 29-38.
- Bernal, L. (2003). La familia y la determinación de la salud. *Revista de Salud Pública*, 29(1), 48-51.
- Borgues, G., Orozco, R. M., Benjec, C., y Medina, M. M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Revista Salud Pública en México*, 52(1), 292-304.
-

- Buendía, V. J. Riquelme, A. y Ruiz, J. A. (2004). *El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida*. España: Universidad de Murcia, pp. 160.
- Carvajal, G. y Caro, C. (2011). Ideación suicida en la adolescencia. Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá, 2009. *Revista Colombia Médica*, 42(2), 45-56.
- Cano, M., Cicirello, S., López, A. y Aguilar, M. (2014). Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. *Medicina y seguridad del trabajo*, 60(234), 198-218.
- Castro, E. y Moreno y Jiménez, B. (2007). Resiliencia en niños enfermos crónicos: aspectos teóricos. *Psicología en Estudio*, 12(1), 81-86.
- Castro, P., Orbegoso, O. y Rosales, T. (2006). Caracterización del paciente con intento de suicidio en un hospital general de Lima, 1995-2004. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(4), 293-296.
- Casullo, M. M., Bonaldi, P. D., Liporace, F. M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte*. Buenos Aires: Lugar Editorial, S.A. pp. 22-38, 49-58, 131-140.
- Coppari, N. (2008). Indicadores de Riesgo Suicida en Adolescentes: una Investigación Comparada. *Revista Eureka*, 5(1), 60-76.
- Costa, D., González, M., Del Arca, D., Masjuan, N. y Olson, D. (2013). Propiedades psicométricas del Faces IV: Estudio de validez en población uruguaya. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 119-132.
- Cova, S. F., Alvial, S. W., Aro, D. M., Bonifetti, D. A., Hernández, M. M. y Rodríguez, C. C. (2007). Problemas de la Salud Mental en Estudiantes de la Universidad de la Concepción, 2(25), 105-112. Encontrado en

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200001. Recuperado el 9 de Julio del 2015.

Cubillas, R. M., Pérez, R. R., Valdez, A. E. y Galaviz, B. A. (2012). Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud Mental*, 35(1), 45-50.

Díaz, D., Rodríguez, C., Blanco, A., Moreno, J., Gallardo, I. Valle, C. Dirk van Dierendonck, (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de RYFF. *Psicothema*, 18(03), 572- 577.

Díaz, M, Y. (2010). Estrés académico y afrontamiento en estudiantes de Medicina. *Revista: Humanidades médicas*, 10(01), 1-17.

Durkheim, E. (2008). *El suicidio*. España: Ediciones Akal, S.A. pp. 1-45.

Eguiluz, R. L. (s/f). Ideación suicida. *Perspectivas Sistémicas*. La nueva comunicación. Encontrado en <http://www.redsistemica.com.ar/suicida.htm> Recuperado el 10 de Julio del 2014.

Eguiluz, R. L. y Mera, J. (2014). Medición del Riesgo Suicida, Bienestar Psicológico y Estructura Familiar en Estudiantes de las Carreras de la Salud. *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología*, Vol. 20, (1), 96-101.

Eguiluz, R. L. (2003). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. México: Pax-Mex, pp. 45-89.

Eguiluz, R. L., Rosales, P. J. y Córdova, O. M. (s.f.). La ideación suicida en los jóvenes: Investigación docencia y servicio. FOLIO 7: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, Psicología. Encontrado en <http://www.cife.unam.mx/Programa/D18/03-CienciasSociales/Folio07FESI.pdf>. Recuperado el 16 de Febrero de 2015.

Hernández, S. R., Fernández, C. C., Baptista, L. P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill, pp. 24-30.

García, R. y Ramírez, A. (2010). Riesgo suicida y cohesión familiar en estudiantes de la carrera de medicina (Tesis de Médico Cirujano, Universidad de Oriente). Encontrado en [http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CDIQFjAB&url=http%3A%2F%2fri.bib.udo.edu.ve%2Fbitstream%2F123456789%2F2868%2F1%2F03-Tesis.RIESGO%2520SUICIDA%2520Y%2520COHESI%25C3%2593N%2520FAMILIAR.pdf&ei=ulb6UuTAEIkyQHczYAI&usg=AFQjCNGVV8NkiWDcwATUoMctVIY4MhsFw](http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CDIQFjAB&url=http%3A%2F%2Fri.bib.udo.edu.ve%2Fbitstream%2F123456789%2F2868%2F1%2F03-Tesis.RIESGO%2520SUICIDA%2520Y%2520COHESI%25C3%2593N%2520FAMILIAR.pdf&ei=ulb6UuTAEIkyQHczYAI&usg=AFQjCNGVV8NkiWDcwATUoMctVIY4MhsFw). Recuperado el 7 de Febrero de 2014.

González, F. C., Arana, Q. D., Jiménez, T. J. (2008). Problemática suicida en adolescentes. *Salud Mental*, 31(1), 23-27.

INEGI, (2013). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/suicidio0.pdf>. Encontrado en <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/suicidio0.pdf>. Recuperado el 14 de Febrero de 2014.

Kaplan, K. L. y Sadock, B. J, (1996). *Manual de Psiquiatría de urgencias*. Argentina: Editorial Media Panamericana, pp. 375-378.

López, J. (2008). Resiliencia familiar ante el duelo. Tesis de Doctorado en Psicología no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Ciudad Universitaria. Encontrado en <http://132.248.9.195/pd2008/0627932/Index.html>. Recuperado el 23 de Agosto del 2015.

Minuchin, S. (2009). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. y Fishman, H. (2002). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós, pp. 24-41.

- Muñoz, J., Pinto V., Callata, H., Napa, N. y Perales, A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima, 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(4), 239-246.
- Organización de las Naciones Unidas. (2012). Salud mental. Encontrado en http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
Recuperado el 3 de julio del 2014.
- Pérez, M., Ponce, P., Hernández, J. y Márquez, B. (2010). Salud mental y bienestar psicológico en los estudiantes universitarios de primer ingreso en de la Región Altos Norte de Jalisco. *Revista de Educación y Desarrollo*, 14(1), 31-37.
- Ponce, E. R., Rosas, F.J, Gómez, C., M., Terán, T. A., Irigoyen, C. y Landgrave, I. C. (2002). Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Originales*. 30(10), 624-630.
- Quiceno, J., Mateus, J., Cárdenas, M., Villareal, M. y Vinaccia, J. (2013). Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(18), 107-117.
- Rico, A. A. (1999). Formas, cambios y tendencias en la organización familiar. *Revista Mexicana de Psicología*, 11(1), 110-117.
- Rivera, H. M. E. (2010). *Psicología y comunicación visual. Estrategias para la prevención del suicidio en adolescentes*. México: Editorial Trillas, pp. 13-50.
- Szasz, T. (2002). *Libertad fatal. Ética y política del suicidio*. Buenos Aires: Paidós, pp. 74-86.
- Vargas, H. y Saavedra, J. (2012). Factores Asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuropsiquiatría*, 75(1), 19-28.

Villalobos, F., Arévalo, C. y Rojas, F. (2012). Adaptación del inventario de resiliencia ante el suicidio (SRI-25) en adolescentes y jóvenes de Colombia. *Revista Panam Salud Pública*, 31(3), 233-239.

Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: Estrategias para su fortalecimiento*. España: Amorrortu.