



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**“Conductas suicidas en jóvenes universitarios”**

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

**María de los Angeles Patiño Salinas**

**Tania Guadalupe Martínez Rojas**

Directora: **Dra. Carolina Santillán Torres Torija**

Dictaminadores: **Dr. Angel Corchado Vargas**

**Lic. María del Rosario Guzmán Rodríguez**





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.

## DEDICATORIA

A mis queridos papás, Carmen y Gabriel. Por su apoyo, su tiempo, su paciencia, su amor y su esfuerzo; por haberme acompañado en todo mi camino y porque considero que este logro es también de ustedes. Porque gracias a su ejemplo aprendí que puedo conseguir lo que me proponga y que si trabajo duro y soy disciplinada puedo llegar muy lejos.

A mi hermano Adrián, por creer en mí, apoyarme y ser ese confidente que siempre me ha dado fuerzas para seguir adelante. Por acompañarme en mi camino incondicionalmente y ser ese apoyo que me permite levantarme de cualquier dificultad que se me presente.

A mi familia paterna y materna, por apoyarme y por enseñarme todos aquellos valores que me han convertido en lo que ahora soy. Por su amor y su calidez.

A mi compañera de tesis Angeles. Por crecer conmigo y compartir este sueño. Por demostrarme que existe la posibilidad de combinar trabajo y amistad; por ser una amiga incondicional con la que puedo contar siempre.

Gracias por todo, a mi asesora de tesis la Dra. Carolina Santillan. Por dedicarme su tiempo, por su paciencia, sus enseñanzas y sus consejos. Por dejar huella en mi vida y por siempre ser un ejemplo a seguir.

Al Dr. Angel Corchado. Por todos los consejos y la ayuda me brindó; por creer en mí desde que lo conocí. Gracias por todo el apoyo y por esa bonita amistad que se ha ido construyendo a lo largo de estos cuatro años.

Gracias a la Universidad Autónoma de México por darme la oportunidad de formarme profesionalmente y de brindarme herramientas que me hicieron crecer y desarrollarme en todos los ámbitos de mi vida.

A mis padres, Angeles y Héctor, que gracias a su perseverancia, sus sabios consejos, a su infinito amor y apoyo incondicional fui capaz de obtener este logro y todos los demás que tendré pues ellos sembraron las bases que me forman. Realmente no sé si pueda terminar de agradecer todo lo que han hecho por mí, gracias por ser unos excelentes padres por cuidarme, por enseñarme, por respetar mis decisiones, por corregirme, por forjar mis valores, por formar todo lo que soy ahora; infinitas gracias.

A mi hermano Héctor Omar por ser un gran compañero de vida, por inspirarme, motivarme, apoyarme, por creer en mí, por impulsarme a crecer, por darme seguridad con tan sólo sujetar mi mano, por enseñarme que podemos ser más grandes que cualquier problema si estamos juntos aun sin importar la distancia. Gracias por tu amor incondicional eres parte esencial de mi vida y por supuesto de este logro.

A Marlene, a pesar de que es poco el tiempo que ha estado en mi vida he aprendido mucho de ella. Gracias por darme confianza y saber que podré contar contigo en cualquier momento.

Zoé Aquetzali llegaste llena de energía, alegría, amor y un sinfín de cosas por enseñar. Llegaste a tiempo para vivir este proceso y logro iluminándolo como un sol en cada una de tus sonrisas. Siempre estaré para ti.

A pesar de las circunstancias fuiste parte fundamental de este proceso, siempre creíste en mí, me dabas tranquilidad y me permitiste aprender muchas cosas. Por tu motivación, cariño y apoyo incondicional; gracias Adán.

Tania, gracias por confiar en mí para poder lograr esta meta. Por tu apoyo incondicional, por la seguridad que transmites, por creer en mí, así como yo creo en ti pues tienes grandes cualidades que te harán obtener todo lo que quieras. Gracias por ser mi compañera de tesis, mi colega y mi amiga.

A mi directora de tesis, la Dra. Carolina Santillan por inspirarme, enseñarme, por compartir tanto de su amplio conocimiento, por el tiempo que nos brindó, por su

dedicación porque pocas personas hacen y transmiten la pasión por su profesión, por permitir acercarme y por guiarme. Gracias infinitas, es una persona admirable.

Al Dr. Angel Corchado por ser tan entregado a su profesión, por su energía, por su motivación, por sus consejos y enseñanzas. Gracias por inspirarme en distintos aspectos de mi vida.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>1. EL SUICIDIO</b> .....	4
1.1 Antecedentes .....	4
1.2 Definiciones conceptuales .....	6
1.3 Epidemiología a nivel mundial .....	8
1.4 El suicidio en México .....	9
1.5 Prevalencia .....	10
1.6 Políticas de salud mental en México .....	12
<b>2. CONDUCTAS SUICIDAS</b> .....	14
2.1 Definiciones conceptuales .....	14
2.2 Aspectos cognitivos .....	15
2.2.1 Ideación suicida .....	16
2.2.2 Deseos .....	18
2.2.3 Planeación .....	18
2.3 Aspectos conductuales .....	19
2.3.1 Intentos de suicidio y autolesiones .....	19
2.4 Señales De Alarma .....	19
<b>3. PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA CON LA CONDUCTA SUICIDA</b> .....	21
3.1 Depresión .....	21
3.2 Trastorno de personalidad .....	22
3.3 Esquizofrenia .....	22
3.4 Consumo de sustancias .....	23
3.5 Eventos de vida estresantes .....	24
<b>4. CONDUCTAS SUICIDAS EN JÓVENES</b> .....	26
4.1 Prevalencia .....	26
4.2 Factores de riesgo .....	27
4.2.1 Biológico .....	27
4.2.2 Psicológico .....	27
4.2.3 Social .....	28

4.3 Conductas suicidas en estudiantes .....	29
4.4 Conductas suicidas como consecuencia del bajo rendimiento académico .....	31
4.5 Estudios inconclusos .....	35
<b>5. INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>37</b>
5.1 Método y procedimiento .....	37
5.2 Planteamiento Del Problema, Justificación Teórica .....	37
5.3 Justificación práctica .....	37
5.4 Pregunta de Investigación .....	37
5.5 Objetivos .....	37
5.5.1 Objetivos Específicos .....	37
5.6 Hipótesis de investigación .....	38
5.6.1 Hipótesis metodológicas .....	38
5.7 Definición conceptual y operacional de las variables .....	38
5.7.1 Variables independientes, Variables sociodemográficas .....	38
5.7.2 Variable dependiente .....	38
5.8 Diseño .....	39
5.9 Participantes .....	39
5.10 Proceso de selección de los participantes .....	39
5.11 Escenario .....	40
5.12 Instrumentos .....	40
5.13 Implicaciones éticas del estudio .....	41
5.14 Aparato estadístico .....	42
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>43</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>49</b>
<b>CONCLUSIÓN .....</b>	<b>52</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>54</b>

# INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía define el suicidio como "la acción de matarse a sí mismo" (INEGI, 2008 citado en Hernández y Flores, 2011).

La OMS reportó que actualmente cerca de 800, 000 personas se quitan la vida, siendo la segunda causa de muerte entre personas de entre 15 y 29 años. Algunos de los factores encontrados en la conducta suicida son depresión, bipolaridad y esquizofrenia, además que dicha conducta se presenta más en hombres que en mujeres, con bajos ingresos y que consumen alguna sustancia como alcohol o drogas (OCDE, 2014).

Este fenómeno también aumenta y es de gran relevancia en México, ya que para el 2014, el INEGI consideró el suicidio como la décimo quinta causa de muerte a nivel nacional, reportando 6,215 muertes al año.

Especialmente han habido incrementos en la tasa de suicidio de la población joven mexicana (Borges, Medina, Orozco, Ouéda, Villatoro, y Fleiz, 2009), por lo cual se considera de gran relevancia estudiar las conductas que tienen los jóvenes que están relacionadas al suicidio. En otras palabras, los profesionistas dedicados a esta área, están interesados en profundizar en la ideación, los planes y los intentos suicidas, para así planear intervenciones que eviten futuros incrementos en estas conductas y sus consecuencias.

Además, debido al incremento epidemiológico que ha tenido la tasa de suicidios en los jóvenes mexicanos, este fenómeno se ha ubicado en un problema de salud pública (González, Villatoro, Medina, Fleiz, Bermúdez, y Amador, 2002), por lo que se sugiere indagar en los factores socioculturales y psicosociales, como la disminución de bienestar, la religión, la influencia de los medios, los intentos previos, entre otros.

En cuanto a los intentos de suicidio, éstos, se pueden considerar como una petición de ayuda, que si es ignorada, puede llevar a más intentos, Caamal, Peraza, Onel, Vela, Vera y Chávez (2013), entienden la conducta suicida como el resultado de algún trastorno psiquiátrico, algún factor genético, biológico, familiar y sociocultural.

La conducta suicida es una continuidad que incluye aspectos cognitivos y conductuales (Vargas y Saavedra, 2012), la cual abarca desde la ideación suicida en donde se incluyen deseos, planificaciones y representaciones; hasta el intento suicida y suicidio en donde se incluyen actos que provocan un daño serio al individuo o muerte.

Ahora bien, es importante mencionar que actualmente el suicidio en jóvenes es un fenómeno preocupante, ya que estos se exponen constantemente a vivencias que los ponen en estado de vulnerabilidad (Vianchá, Bahamón y Alarcón, 2013), en otras palabras, la violencia, el consumo de sustancias, las malas relaciones y la falta de oportunidades dificultan que esta población pueda cumplir sus metas y expectativas.

Especialmente los jóvenes universitarios son de gran importancia para los especialistas de esta área ya que en esta etapa es muy frecuente que se presente la conducta e ideación suicida, debido a que suelen sentirse abrumados por el estilo de vida que llevan y por la presión escolar a la que se enfrentan (Cabrera, Zuñiga y Coria, 2011).

Otro aspecto por el que los jóvenes suelen sentirse abrumados en esta etapa de su vida, tiene que ver con un doble temor: sentir que no valen nada y sentir que no merecen recibir amor y respeto. Además de que al encontrarse en la universidad, las personas de alrededor los ven como independientes y como si no les faltara nada, lo cual los lleva a generar estrés e incluso baja autoestima (Gonzales, Berenzon, Tello, Facio y Medina, 1998).

Así mismo, los jóvenes de estas edades tienen poca percepción de factores que son riesgosos para ellos (Salazar, 2012), por lo que prefieren tener comportamientos problemáticos como consumir sustancias nocivas, tener actividades sexuales de riesgo, enfrentarse a situaciones legales y a ser rechazados por los grupos que los rodean. Los cuales juegan un papel muy importante en las conductas de autocuidado de los jóvenes ya que la comprensión, cooperación y pautas de crianza de estos, pueden disminuir el riesgo de suicidio.

Siguiendo esta línea, la familia, siendo una base de gran influencia para el individuo, puede llegar a formar o cultivar una idea suicida (Pérez, 1999), sin embargo, esto puede depender de las condiciones religiosas, fisiológicas, intelectuales o

sociales. Es por ello que todos los sectores de la sociedad, ya sean instituciones públicas y privadas; u organismos deben contribuir para poder decrementar los riesgos suicidas.

La importancia de este tema no sólo radica en el número de vidas que conlleva, sino que, considerando cada suicidio una tragedia, y no sólo personal, ya que involucra a una variedad de individuos a su entorno, tanto familia, amigos, pareja, etcétera. Aún existen muchas dudas sobre este tema, ¿por qué lo hizo?, ¿qué factores influyeron?, ¿problemas económicos?, ¿relaciones de pareja?, ¿relaciones de amistad?, ¿existía algún trastorno?, ¿qué factores alarmantes se presentaron? Es por ello que el objetivo de esta investigación es conocer la prevalencia de las conductas suicidas en los estudiantes de todas las carreras de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, así como su relación con el sexo y el promedio de los participantes.

# 1. EL SUICIDIO

El tema del suicidio es de suma relevancia ya que las cifras cada vez son más altas tanto a nivel mundial como internacional, para ampliar esta información, el presente capítulo habla sobre los antecedentes, definiciones conceptuales, epidemiología a nivel mundial y posteriormente se enfoca a hablar sobre el suicidio en México, su prevalencia y políticas de salud mental con las que se cuenta para su prevención.

## 1.1 Antecedentes

La palabra suicidio proviene de *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar), es decir la acción y efecto de matarse así mismo (Thomas Browne citado en Pérez, Pérez, Azcuy y Mirabal, 2014), además este es un término que ha pasado por varias generaciones y se ha visto desde varias perspectivas.

A pesar de que desde mucho tiempo atrás el suicidio era un acto ya conocido, Platón y Aristóteles son los primeros en darle una visión más abierta y en la cual no necesariamente se tenía que castigar; en otras palabras ellos afirmaron que el suicidio sí debía ser un delito, pero también podrían existir ciertas excepciones, esto dependiendo de la situación de cada individuo (Amador, 2015).

Más adelante, el suicidio tuvo lugar en el imperio romano, específicamente en el suicidio de Calano, un Indio que acompañó a Alejandro Magno en su campaña; y quien prendió fuego a una hoguera y se arrojó a ella, diciendo: *"¡Qué espléndida separación de la vida, tal como sucedió con Hércules, cuando, una vez quemado este cuerpo mortal, mi alma surja al encuentro de la luz!"*.

Cabe añadir, que al arrojarse a la hoguera, Calano también le dijo a Alejandro que lo vería dentro de poco; y tiempo después, esto se hizo real y murió. Ante este hecho, algunos pensadores visualizaron que todos tendrían un destino luminoso (Rollié, 2008). Esto está articulado a la frase *in lucem*, la cual se refiere a que el cuerpo irá hacia la luz, una vez que el animus (voluntad) es consumido por el fuego.

Es importante mencionar que la comunidad greco-romana siguió los principios de Aristóteles y Platón; ya que visualizan al suicidio como un acto que es casi bien tolerado y que dependerá de las circunstancias (Pérez, Betancort y Navarro, 2012).

Agregando que a veces podía considerarse el suicidio como un acto honorable o de heroísmo; y otras veces podía ser penalizado.

Se vivió con esta perspectiva durante algún tiempo, sin embargo ésta se transformó cuando llegó la religión católica. El cristianismo consideraba el suicidio como el más grave de los pecados y como una ofensa a Dios ya que la persona que cometía ese acto no solo estaba violando un mandamiento, sino que ni siquiera daba la oportunidad a Dios de perdonarle (Sabogal y Rossini, 2006). Además, la iglesia no sólo condenaba a la persona que moría por suicidio, por violar el mandamiento que prohíbe matar, sino que también por ir en contra de las leyes naturales de la vida, esto respaldado en que Dios es el que regala la vida y al atentar contra ella, entonces se está yendo en contra de Dios.

Más adelante, en el renacimiento, hay un cambio de postura respecto al suicidio ya que surgen ideas de despenalizarlo y comienza a verse como una enfermedad (Vega, Blasco, Baca y Díaz, 2002). También en esta época empiezan a darse muchos conflictos que llevaron a que éste empezará a estudiarse y analizarse más a fondo.

Esto pudo verse influenciado por el intelecto de los franceses, ya que la Revolución Francesa fue un fenómeno muy importante y complejo que impactó en esa época debido a que se quisieron modernizar las ideas y acabar con el sistema tradicional que ya se tenía (Kropotkin, 1967). Agregando que se colocaba la felicidad del hombre antes que otra cosa y que gracias a esa idea, se optó por tener un tipo de religión, gobierno y sociedad que fueran más abiertos y naturales.

Por consiguiente, se empieza a poner más atención a las enfermedades mentales y se visualiza al suicidio como un acto individual y encaminado a lo social. Un autor que sobresale por sus aportaciones al suicidio es Durkheim (1897) quien habla de dos causas extrasociales que están relacionadas:

1. Disposiciones orgánico-psíquicas: Inclínación de una intensidad variable, según los países que arrastran al hombre al suicidio, y
2. La naturaleza del medio físico: Los aspectos externos del ambiente que podrían actuar sobre la persona para así llegar a cometer el acto.

Además, este importante sociólogo, trata de entender el suicidio desde cuestiones sociales más profundas que la religión, la economía y la geografía; y se va

más por la idea de que es una tendencia que debe ser considerada como un hecho social.

Otro autor que habla del suicidio es Michel Foucault, quien hace un análisis desde la sociología clásica en donde considera que en él, se ejerce el derecho privado de morir, que es el límite del poder y que puede verse como una lucha con determinado orden social. Esto coincide con Durkheim en que el suicidio es un fenómeno de carácter estrictamente social y que tiene características que resultan casi imposibles de explicar debido a la decisión individual de cada persona a cometer el acto (Romero y Gonnet, 2013).

También, es pertinente mencionar el papel que ha tenido la medicina, ya que al abrir una nueva rama enfocada en las enfermedades mentales (la psiquiatría), hay un giro respecto a la “locura” y se da un mayor interés por tratar de diagnosticarla y tratarla (Pérez, Betancort y Navarro, 2012). Gracias a este giro, se trata de estudiar, entender y tratar más a fondo todo lo relacionado con el suicidio.

## **1.2 Definiciones conceptuales**

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2008) define el suicidio como “la acción de matarse a sí mismo”. Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006) establecen que el suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria donde intervienen pensamientos suicidas y el acto como tal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al suicidio como un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal (SSA, 2015).

Durkheim (1897) afirma que la definición de suicidio puede resultar confusa ya que es una palabra que solemos escuchar en nuestras conversaciones comunes y al hacerlo, creemos que conocemos el término. Sin embargo, si nos dejamos llevar por la acepción común, corremos el riesgo de desconocer la verdadera naturaleza y proximidad de las cosas; es por eso que se puede definir como aquel caso de muerte realizada por la propia víctima, que resulta mediata o inmediata, directo o indirecto; de un acto positivo o negativo, todo esto a sabiendas del resultado.

Otros autores que coinciden en que el suicidio es un término complejo son Vega et al (2002), sin embargo ellos afirman que esto se debe a que el suicidio forma parte de diferentes categorías del comportamiento. Por lo tanto, la definen como toda aquella conducta que va dirigida hacia la autodestrucción por omisión o acción.

Además, De Jalón y Peralta (2002) agregan que el suicidio no solo es un término universal utilizado en la vida cotidiana, sino que además va en función de distintos factores como la cultura, la religión y los principios fisiológicos. Es por eso que ellos lo definen como una muerte a consecuencia de que una persona se provoca una lesión a sí misma sin importar su intención o el conocimiento de sus motivos.

Velásquez (2013) coincide con esto y añade que además de ir en función de esos factores, también pueden influir factores biológicos, genéticos y psicológicos; con los cuales se busca quitarse la vida con una intención determinada y con el conocimiento de su letalidad.

Por otro lado Calvo, Giralt, Calvet y Carbonells (2016) mencionan que el suicidio puede definirse a través de dos modelos que coinciden en tener factores de riesgo y en la posibilidad de ser modificables. El primero va encaminado a una condición del organismo a contraer una enfermedad (en este caso mental) y el segundo va referido a conducta que tiene el individuo que culmina con la muerte.

Un pionero en el tema es Shneidman, que definía al suicidio como el resultado de un dolor psicológico, estableció la palabra *Psychache* para describir el dolor psicológico insoportable que se deriva de necesidades psicológicas insatisfechas (Chávez y Leenaars, 2010). Asimismo Shneidman (1980) estableció 10 características comunes del suicidio, las cuales son: 1. El propósito del suicidio es buscar una solución. 2. El objetivo es el cese de la conciencia. 3. El estímulo común es el Dolor Psicológico Insoportable. 4. El estresor común son las Necesidades Psicológicas Insatisfechas. 5. La emoción común es la desesperanza. 6. El estado cognoscitivo común es la ambivalencia. 7. El estado perceptual común es la constricción. 8. La acción común es escapar. 9. El acto interpersonal es la comunicación de la intención suicida y 10. La consistencia permanente de los estilos de vida.

### **1.3 Epidemiología a nivel mundial**

¿Por qué hablar de suicidio? Se considera un tema preocupante ya que en el 2015 más del 78% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos. Existen diversos factores de riesgo como biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales de los cuales se hablarán posteriormente con más detalle.

De acuerdo con los datos de la OMS (2009), los países con tasas de suicidios más altos son algunos de Europa Oriental y Occidental quienes presentan un rango de siete a 15 suicidios por cada 100 mil habitantes; y algunos países asiáticos. Por otro lado los países africanos muestran tasas bajas de entre cinco y 10 suicidios por 100 mil habitantes, excepto por Sudáfrica que presenta 15.7 por 100 mil habitantes.

También es importante considerar que las tasas de suicidio varían según el sexo, la OMS (2014), nos explica que por mucho tiempo se creyó que se llevaba a cabo el suicidio tres veces más los hombres que las mujeres, pero esto se presenta principalmente en países de ingresos más altos. No obstante existen diversas explicaciones a las tasas de suicidio entre hombres y mujeres como la cuestión de igualdad de género, los métodos socialmente aceptables para enfrentar situaciones estresantes, así como los métodos utilizados para quitarse la vida.

Dicho esto, algo interesante es que, países más desarrollados cuentan con mayor tasa de mortalidad por suicidios, se puede decir que los factores están relacionados a la desintegración social y no al desarrollo o urbanización.

Otro factor importante de recalcar es la cultura de cada país, ya que para algunos puede ser algo vergonzoso e incluso se puede ver como un pecado, mientras que para otros puede ser algo honorable, como en Japón, que desde los samuráis se practicaba para morir con honor y evitar ser atrapado y torturado por el enemigo. Para el 2013 se volvió la principal causa de muerte en personas menores a los 30 años (Valdiviezo, 2013). Por lo cual se considera que podría ser un elemento que sesgue la veracidad de la información.

#### 1.4 El suicidio en México

En América Latina, los países con tasas más altas son Nicaragua, Cuba y Chile (entre 10.7 y 12.1 por 100 mil). En cuanto a México la tasa es de 4.3 suicidios por 100 mil, está dentro del 25% de tasas de mortalidad más bajas del mundo (Hernández y Flores, 2011), pero no por ello deja de ser preocupante ya que a través de la literatura revisada se encuentra que las cifras son reveladoras y han ido incrementando en las últimas décadas.

El INEGI permite conocer la tasa de mortalidad a detalle que existe en el país con la finalidad de analizar enfermedades epidemiológicas, en particular la estimación de los riesgos de muerte prematura por sexo y edad en los distintos subgrupos de la población según características de la causas de muerte. Para el 2016 se registraron 6,370 muertes por suicidio a nivel nacional, a continuación se presenta gráficamente las cifras registradas en el Estado de México y Ciudad de México, en un rango de edad de 15 a 29 años (Tabla 1).

Tabla 1

*Suicidios registrados en jóvenes de 15 a 19 años en la CDMX y Estado de México*

Edad	15-19 años		20-24 años		25-29 años	
	CDMX	Edo.Méx.	CDMX	Edo.Méx.	CDMX	Edo.Méx.
Total	41	88	63	113	45	69
Hombre	32	58	52	93	36	57
Mujer	9	30	11	20	9	12

Se puede ver que en las edades donde hubo más frecuencia fue de 20 a 24 años, lo cual es preocupante porque es un rango de edad donde se pueden encontrar estudiando una carrera a la que se dedicarán toda su vida, más adelante se abordarán más datos respecto a esto.

El tema del suicidio, frecuentemente genera sentimientos de rechazo y crítica, pero no hay que descartar que está presente en todas las civilizaciones y épocas históricas. Por ejemplo, en México el tercer emperador mexica (Chimalpopoca) se ahorcó dentro de una jaula antes de ser esclavo de sus enemigos, otro ejemplo es el del cadete que se suicidó en Chapultepec envuelto en la bandera mexicana.

A continuación se abordarán diversos trabajos para tener una visión más amplia sobre los antecedentes del suicidio en México. Gabildo y Elorriaga en 1966 presentan un artículo en donde analizan el comportamiento estadístico del suicidio de 1954 a 1963, ellos encuentran una tasa de mortalidad debido al suicidio en personas mayores a 15 años, que probablemente se debió a la soledad y sentimiento de fracaso, pues en su mayoría eran divorciados, posteriormente solteros, casados y viudos. Para lo cual la mayoría utilizó armas de fuego, seguidas de la estrangulación, intoxicación, arma blanca, precipitación al vacío y fuego. Más de dos terceras partes llevaron a cabo el acontecimiento en casa habitación, así como sitios públicos, hoteles, cárceles, hospitales, cantinas, fábricas y talleres.

En otro estudio realizado por Elorriaga (1972) menciona que al final de la década de los sesenta los estados con mayor tasa de muerte por suicidio fueron en el entonces Distrito Federal, Chihuahua y Veracruz respectivamente. Dentro de estas cifras se encontró que cada 12 horas una persona atentó contra su vida y cada tercer día dos personas murieron por suicidio. Durante ésta década la tasa de mortalidad a causa del suicidio aumentó 30.5% (3% anualmente).

En el estudio realizado por Gómez y Borges (1996) se analiza la evolución del suicidio en México en sus últimas cuatro décadas. Dicho estudio dice que las muertes por suicidio afectaba principalmente a los hombres, mientras que en las mujeres sólo se quedaba en el intento, ya que los hombres utilizan métodos más letales como armas de fuego o ahorcamiento, en tanto para las mujeres utilizan sustancias tóxicas o psicofármacos.

Entre las causas se encuentran problemas familiares, económicos y afectivos para el caso de las mujeres, en cuanto a los hombres por enfermedades mentales y consumo de alcohol. Sin embargo, Jiménez y Cardiel (2013) mencionan que para poder entender las razones de que esto suceda, es necesario conocer el contexto y los cambios sociales por los que ha vivido el país.

### **1.5 Prevalencia**

El suicidio se encuentra entre las principales causas de muerte del mundo; y aunque en México no hay cifras tan altas a comparación con otros países, es importante

resaltar que conforme pasa el tiempo, este problema de salud pública ha evolucionado y por lo tanto incrementando su tasa de mortalidad.

En 1950 la tasa de suicidios fue 1.5 por cada 100 mil habitantes. En el año 1980 se cometieron 672 suicidios, aumentando a 1,405 en el año 1990 y para el 2002 ocurrieron 3,089 (INEGI, 2002). Así, para el año 2008 la tasa se multiplicó por tres: 4.8 por 100 mil habitantes. Según el INEGI, en el 2015 se registraron 6,285 suicidios de las cuales 8.5 fueron varones y 2.0 mujeres; y para el año 2016: 6,370 personas se quitaron la vida, de las cuales 5,181 pertenecían al sexo masculino, 1,187 al sexo femenino y dos no específico.

Es importante recalcar que la ideación suicida no radica más en hombres que en mujeres, sino que, probablemente, la diferencia está en el método utilizado para quitarse la vida. Jiménez y Cardiel (2013) mencionan que los hombres suelen utilizar métodos más letales como armas de fuego, mientras que las mujeres utilizan el envenenamiento, o sea, si el auxilio es viable hay menos probabilidad de que el suicidio se consume.

Los estados que presentaron mayor tasa de mortalidad en el 2016 por suicidio fueron Jalisco (597), Estado de México (579) y Chihuahua (438), mientras que Colima (66), Baja California Sur (55) y Tlaxcala (52) presentaron las cifras más bajas (INEGI, 2017).

El mayor porcentaje (32.4%) correspondió a personas que contaban con estudios de secundaria. El 47.8% eran personas casadas y un 41.2% solteras. En cuanto a ocupación, el 32.3% no contaba con algún empleo (INEGI, 2016).

En todos los artículos que se han revisado hasta este momento, se encuentra un común denominador: los sentimientos depresivos, debido a la pérdida de objeto y utilizan el suicidio como un medio para escapar de la angustia de la soledad.

En cuanto al género, anteriormente se mencionó que el suicidio se refiere a toda muerte que es el resultado de un acto positivo o negativo realizado por la propia víctima; y las conductas suicidas son el camino para conseguir dicho acto. Ahora bien, existen muchas variables que pueden aumentar el riesgo suicida, una de las más importantes es el género.

Las conductas suicidas tienden a ser más frecuentes en mujeres debido a que existe una desventaja social (Salazar, 2012), que tiene relación con eventos traumáticos para la mujer que pueden llevar a la depresión y a su vez incrementar rasgos de personalidad, impulsividad y agresividad que hacen que sea más probable que quieran hacerse daño o incluso terminar con su propia vida.

Otros autores que coinciden con que el género femenino es el que presenta más conductas suicidas son Pacheco y Saura (2016) quienes afirman que en este grupo de la población suele ser más alta la prevalencia debido a que ellas tienen que cumplir con un rol que les enseña a inhibir sus deseos, lo que produce una internalización de estructuras sociocognitivas y un mayor control de agresividad e impulsos.

Esto es contrario a lo que dicen Pérez, Tellez y David (2015) quienes indican que es el género masculino el que tiene mayor prevalencia en conductas asociadas al suicidio y en la consumación de éste. Todo esto debido a que existen patrones culturales que no permiten que los hombres expresen libremente sus sentimientos y emociones.

### **1.6 Políticas de salud mental en México**

La salud mental es un fenómeno en el cual influyen diversos factores, como sociales, ambientales biológicos y psicológicos (De la Fuente, 2013).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud en el 2013, la salud mental es el “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Es importante recalcar que el ser humano no es meramente biológico, sino también, *psique*, por ello es necesario considerar todos los elementos que conlleva la salud, o sea, entenderlo como un ente bio- psico- social, con una visión integral. Es importante recordarlo ya que usualmente se cree que la salud se relaciona con lo biológico, mientras que a la cuestión mental no se le da la misma importancia.

México siendo un país con problemas de salud, también puede presentar dificultades para desarrollar un plan nacional para sus pobladores, el uso de sus riquezas y el bienestar de sus habitantes. La Secretaría de Salud (2017) nos brinda un

esquema de la atención a la población para mejorar las condiciones de vida, desarrollo, disminuir los impactos mortales de las enfermedades, prevenir hábitos y mejorar la calidad de vida, asimismo investiga las características de las enfermedades procurando atender a toda la población adecuadamente.

Dicho esto, es interesante conocer, ¿qué se está haciendo para lograrlo? Para ello, al revisar el Programa de Acción Específico (PAE) Salud Mental 2013- 2018 el cual tiene los siguientes objetivos: 1. Desarrollar acciones de protección y promoción de salud mental, así como detección oportuna y prevención de los trastornos mentales. 2. Fortalecer la cobertura de los servicios de salud mental. 3. Promover la mejora de atención en los servicios de salud mental. 4. Coordinar la elaboración e instrumentar Programas Específicos de Intervención en las unidades que conforman la red de servicios. 5. Establecer las prioridades de capacitación y entrenamiento de recursos humanos calificados. 6. Incidir en la protección de los Derechos Humanos de las y los usuarios de los servicios de salud mental.

Como se vio en este capítulo, se sabe que existen diversos planes de acción, algunos muy detallados, para prevenir el suicidio tanto en México como en el mundo, pero, ¿por qué el suicidio se sigue encontrando entre las principales causas de muerte? Dicha situación se ha encontrado presente desde tiempos muy remotos, sin embargo es una cuestión que sigue aumentando y en muchas ocasiones se utiliza como un medio de escape ante situaciones de angustia o soledad.

## 2. CONDUCTAS SUICIDAS

### 2.1 Definiciones conceptuales

Como se ha visto hasta ahora, el suicidio ha adquirido gran relevancia en los últimos años, es por eso que a continuación se abordará detenidamente las conductas que tienen las personas para causar su propio daño o destrucción. Este capítulo hablará primeramente sobre las diversas definiciones conceptuales sobre las conductas suicidas, lo cual llevará a abordar las características cognitivas y conductuales que son parte de un proceso hasta consumir el suicidio y diversas señales de alarma que se puedan presentar.

Para poder hablar de conductas suicidas es importante entender, ¿qué es una conducta? La conducta es aquella manera en la que el ser humano interactúa con el medio que lo rodea; y a pesar de que a veces el entorno pone situaciones difíciles sabe cómo adaptarse a ellas gracias a las habilidades que ha ido aprendiendo desde que nació (Pérez, 2016). No obstante, hay algunas veces en que la interacción es demasiado fuerte y causa cierto nivel de frustración o sufrimiento; y si el sujeto no sabe cómo manejarlo, es probable que piense en alternativas que lo lleven a su autodestrucción.

De ahí la definición de conductas suicidas, que según Diekstra (1993) se refieren a un intento o acto que intencionalmente busca causar daño a sí mismo o a la provocación de su muerte; además incluyen ideas y deseos suicidas, conductas sin resultado de muerte y en el peor de los casos la muerte.

Las conductas suicidas son un proceso que se da en un continuum y que pasa por varios niveles de severidad (Salazar, 2012); y que puede manifestarse de forma cognitiva (deseo, representación e idea suicida) y/o de forma conductual (autolesiones, intento suicida y el suicidio consumado). Respecto a esto, es importante mencionar que la conducta suicida no necesita manifestarse conductualmente para que sea considerada como tal, hay que tener en cuenta que cada persona puede exteriorizar dichas conductas de manera diferente.

Asimismo, Mansilla (2012) considera a las conductas suicidas como complejas y pluricausales ya que en ellas intervienen diferentes tipos de factores, y requieren medidas médicas, farmacológicas y psicológicas para tener un buen tratamiento.

El riesgo de repetición de intento de suicidio en un intervalo corto de tiempo es alto, en su estudio nos muestra que principalmente se presenta en jóvenes, (Serfaty, 1998), en un promedio de 10 que no mueren lo vuelven a intentar dentro de los siguientes 10 años.

Mann, Waternaux, Haas y Malone (1999), explican dos modelos para entender el suicidio, el primero de ellos se llama “estrés- diátesis” el cual se basa en las características que pueden tener las personas para que reaccionen de manera peculiar ante ciertos estímulos del medio ambiente, pueden ser experiencias traumáticas o enfermedades psiquiátricas. El segundo modelo se basa en que el suicidio lleva un proceso.

Dicho proceso comienza con los pensamientos de cómo quitarse la vida, después de este punto, Serfaty (1998) agrega el planteamiento del suicidio, es decir, cómo, cuándo y dónde se llevará a cabo. Siguiendo la línea de Mann, Apter, Bertolote, Beautrais, Currier, Haas, Hegerl, Lonqvist, Malone, Marusic, Mehlum, Patton, Phillips, Rutz, Rihmer, Schmidtke, Shaffer, Silverman, Takahashi, Varnik, Wasserman y Hendin, (2005), después vienen los primeros intentos suicidas, con un incremento gradual hasta consumir el fallecimiento.

Dicho esto, es posible dividir las características en cognitivas y conductuales, a continuación se explicará a detalle cada una de ellas.

## **2.2 Aspectos cognitivos**

Es importante abordar el ámbito cognitivo ya que son las cogniciones las que dan pie al comportamiento del intento suicida o suicidio (Toro, 2013), es decir, lo cognitivo está relacionado con la conducta que tiene el sujeto que lo lleva a su autodestrucción.

Esto se puede relacionar con el modelo de la triada cognitiva de Beck, Rush, Shaw y Emery (1996), el cual consiste en la consideración individual del sujeto, la de su futuro y la de sus experiencias. A continuación se explican los tres componentes que lo conforman:

- Visión negativa acerca de sí mismo: La persona siente que carece de valor por tener defectos que lo hacen sentir desgraciado, desagradable, que vale poco, etc; además de que suele atribuirse las experiencias desagradables que tiene a él mismo.
- Tendencia a interpretar sus experiencias de una manera negativa: Interpreta sus relaciones con el entorno y sus experiencias con su frustración, piensa que es imposible alcanzar sus objetivos por el hecho de que siempre tiene obstáculos; y cambia los hechos para que se acomoden a la forma negativa que él ya se creó de la situación.
- Visión negativa acerca del futuro: Al visualizar una tarea u objetivo referentes al futuro, automáticamente tiene expectativas de fracaso y espera de ellas penas, frustraciones y decepciones.

Este modelo hace énfasis a las representaciones mentales que se hace la persona acerca de sí mismo ya que como se puede ver, lleva a que la persona se haga ideas de que todo lo que tiene es malo y no hay razón a que siga viviendo. Por lo tanto se puede decir que al haber una disfunción en el procesamiento de las cogniciones es más probable que el sujeto actúe en consecuencia a ellas (Toro, Grajales y Sarmiento, 2016). De ahí la importancia de conocer qué es lo que hace que las personas tomen decisiones para acabar con su propia vida.

### 2.2.1 Ideación suicida

La ideación suicida puede definirse como aquella aparición de pensamientos que estén asociados con terminar con su propia vida (De la Torre, 2013). Visto desde el modelo cognitivo conductual, las personas que se plantean el suicidio siempre tienen pensamientos de este tipo pero no siempre lo verbalizan. Además, aunque no hay ninguna teoría que explique el porqué de la ideación suicida, vista desde este enfoque se le considera un estilo cognitivo que está relacionado con un proceso comportamental y emocional que no está funcionando adecuadamente; y que además está determinada por diferentes factores que dependen de la particularidad de cada persona.

La ideación suicida son todos aquellos pensamientos repetitivos e intrusivos sobre la muerte propia; y los objetos y circunstancias para realizarla; se estima que por cada intento de suicidio, ocho tuvieron ideas al respecto hicieron alguna planeación o incluso estuvieron a punto de morir (De la Torre, Rodríguez, Romány Abril, 2009), es por eso que el tener pensamientos relacionados con el suicidio se considera como una señal de alerta muy importante y que puede servir para prevenir el fin de una vida.

La ideación suicida es toda aquella cognición de terminar con la propia existencia, además se considera como un primer paso para desencadenar el acto, es por eso Pérez (1999) habla de formas en las que ésta se puede presentar:

1. El deseo de morir: La persona ya no se siente conforme con la calidad de vida que lleva, por lo que comienza a pensar que estaría mejor estando muerto, que no merece estar en el mundo, etc.
2. La representación suicida: Se refiere a fantasías de la propia muerte.
3. La idea de autodestrucción sin planteamiento de la acción: La persona quiere matarse pero no sabe cómo realizar el acto.
4. La idea suicida con un plan indeterminado: Hay una representación estructurada del hecho; sin embargo la persona tiene varias opciones para hacerlo; y aunque sabe que lo va a hacer, no sabe exactamente cómo ni cuándo.
5. La idea suicida con una adecuada planificación: A ésta se le conoce también como plan suicida y aquí ya hay un método específico, lugar, hora y momento.

Asimismo, Eguiluz y Ayala (2014) afirman que la ideación suicida es un fenómeno en donde pueden intervenir varios factores, la cual puede definirse como un síntoma que refleja un conflicto interno y que además puede estar relacionada con depresión, desesperanza, consumo de sustancias nocivas para la salud, etcétera.

Medina, Coffin, Álvarez, Jiménez, Béjar y Béjar (2010) coinciden con esta definición pero añaden que, además de ser todas aquellas ideas de querer quitarse la vida, puede ser también una provocación a querer causar su propia muerte pero sin obtener un resultado satisfactorio.

### 2.2.2 Deseos

Contreras (2014), explica que la persona se puede encontrar en duda entre dos situaciones antes de cometer el acto suicida, es decir, una lucha interna entre dos deseos: el deseo de vivir y el deseo de morir.

Por otro lado Brazán, Olórtégui, Vargas y Huayanay (2016) afirman que éste se asocia con tres factores:

- Género, ya que se ha encontrado que en algunos estudios hay mayor prevalencia de deseos de muerte en mujeres, aunque es importante aclarar que no hay un consenso universal que lo afirme.
- Relaciones familiares, ya que las personas con disfunciones tienen mayor deseos de este tipo que las que tienen relaciones satisfactorias, además de que el sentirse respetado y valorado por la familia está relacionado con el autoestima.
- Amigos cercanos, ya que hay una importante relación entre la calidad de relación con pares y el deseo a morir; y la depresión y ansiedad ya que cuando están presentes cambia la habilidad para hacer frente a los problemas, lo que lleva a la frustración.

En el deseo a morir, se expresan frustraciones, desilusiones y fracasos que están asociados a la insatisfacción del estilo de vida de la persona y las situaciones que les acontecen día a día. Así pues, cuando estos deseos empiezan a ser más recurrentes se produce un estrés psicológico que lleva a una planeación del suicidio.

### 2.2.3 Planeación

Hidalgo e Hidalgo (2015) definen la planeación suicida como un método específico en el que una persona tiene la intención de morir, es decir elige un momento, lugar y forma de hacerlo.

Además, es pertinente añadir que la planificación de un suicidio aumenta 11 veces el riesgo de que este se lleve a cabo (Gómez, 2012) es por eso que hay un interés en identificarlos ya que es una señal de vulnerabilidad y de darle poco valor a la vida propia.

## **2.3 Aspectos conductuales**

Es interesante conocer qué tipo de lesiones se puede provocar un individuo, pero para ello, es importante conocer las cogniciones que puede tener para llevar a cabo dicho evento. En este apartado se hablará sobre esto junto con algunas estadísticas recientes.

### **2.3.1 Intentos de suicidio y autolesiones**

De acuerdo con la OMS el intento previo de suicidio es la principal variable de muerte por suicidio, pues quienes ya lo hayan intentado corren el riesgo mucho mayor de morir que quienes no lo hayan intentado. Por ello es importante identificar a las personas con alto riesgo y brindarles ayuda ya que sería un componente clave para prevenir el suicidio.

En la base de datos de la Secretaría de Salud, se reporta que en el 2014 se registraron 2,292 egresos hospitalarios a causa de lesiones autoinfligidas de las cuales el 58.1% fueron de mujeres y 41.9% de hombres. Por otro lado el 53.4% eran menores de 25 años, donde seis de cada 10 eran mujeres. Los métodos que utilizaron fueron envenenamiento por fármacos (23.5%), drogas, medicamentos y otros (22.1%) y plaguicidas (15.9%).

Asimismo, Saucedo, Lara y Fócil (2006) nos mencionan que la ingesta de sobredosis de medicamentos lo emplean más las mujeres, y durante la adolescencia los intentos de suicidio son impulsivos.

Algo que nos es interesante es que pueden existir autolesiones sin la intención de una conducta suicida, la APA las define como la destrucción de los tejidos del organismo que el individuo realiza a su propio cuerpo sin la intención de morir. Las autolesiones son importantes por su asociación con trastornos psiquiátricos como la ansiedad, depresión, uso o abuso de sustancias, esquizofrenia, autismo, víctimas de acoso escolar, abuso físico y/o sexual (Delgadillo, Chávez y Martínez, 2014).

## **2.4 Señales De Alarma**

Gracias a los suicidios que no se llevaron a cabo, se hicieron estudios donde se analizaron la situación de cada persona para conocer las señales de alerta que dieron antes de llevar a cabo un intento de suicidio. Cualquier cambio repentino que pueda afectar a un niño o adolescente ya sea en el ámbito académico o en su comportamiento

personal se deben considerar ciertas señales, a continuación presentaremos una lista propuesta por Bertolote en el 2001 con algunas alertas:

- Falta de interés a las actividades cotidianas
- Descenso en las calificaciones
- Comportamiento inadecuado
- Ausencias inexplicadas
- Fumar o beber excesivamente o hacer uso inadecuado de drogas
- Incidentes que conlleven a la violencia
- Intentos de suicidio previos
- Depresión

El Instituto Hispanoamericano de Suicidología nos ofrece las siguientes señales de alerta:

- Cambio de comportamiento altibajos emocionales
- Sueño constante o insomnio
- Ansiedad o depresión
- Conductas autodestructivas
- Cambios de alimentación

Tener en cuenta las diversas señales de alarma que puede manifestar una persona en riesgo suicida, puede ayudarle a salvar su vida y no darlas por alto ya que a veces se puede llegar a pensar que es un juego.

Es por eso que es importante tener en cuenta que no hay que dejar pasar por alto ninguna de las señales de alerta que se presentan, por lo que los especialistas y promotores de la salud tienen una labor muy importante que consiste principalmente capacitar e informar a la población para que así disminuya la tasa de mortalidad.

### **3. PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA CON LA CONDUCTA SUICIDA**

Como ya se mencionó, las conductas suicidas son consideradas un problema de salud pública, en las que intervienen diferentes factores; de los cuales el más relevante es la presencia de alguna patología mental (esté diagnosticada o no) (Vega et al., 2002); esto debido a que se ha comprobado que la mayoría de las personas que se han suicidado tuvieron la presencia de alguna de ellas. Por ello en este capítulo se abordarán las diversas patologías que el World Health Organization (2000) considera asociadas con el suicidio, es importante aclarar que el suicidio no es una enfermedad como tal. Se hablará sobre la depresión, trastorno de personalidad, esquizofrenia, consumo de sustancias y los eventos de vida estresantes.

#### **3.1 Depresión**

La OMS (2017) define a la depresión como un trastorno mental que puede dificultar la funcionalidad de la vida diaria de la persona que la padece; en otras palabras, la depresión es un desorden en el que hay presencia de tristeza, desinterés por hacer las cosas que normalmente se hacían, falta de concentración, desórdenes del sueño, falta de autoestima, entre otras; las cuales pueden dificultar varios aspectos de la vida cotidiana.

Respecto a estos signos de la depresión, Ceballos, Suarez, Suescún, Gamarra, González y Sotelo (2015) afirman que influyen en aspectos cognitivos del suicidio en los que aparecen pensamientos de querer terminar con la propia vida, además de que hay una correlación que indica que a mayor depresión más probabilidad hay de un intento de suicidio.

Además que la depresión por sí sola representa un riesgo importante de suicidio ya que cuando esta se agrava se presenta más mortalidad; y a nivel de sintomatología hay una relación significativa (Cardona y Villalba, 2016), en el cambio de funcionamiento de la persona que la padece.

Por otro lado, Gaviria, Morales, Acosta, Valencia y Jaramillo (2009) afirman que hasta ahora se han visto asociados los actos suicidas con características de depresión;

y la alta probabilidad a morir. Además de que visto desde un punto de vista neurobiológico, las personas con un alto de nivel de depresión y a la vez con ideaciones suicidas, modifican su actividad serotoninérgica, por lo que tienen mayor probabilidad de practicar conductas suicidas graves que los pueden llevar a la muerte.

### **3.2 Trastorno de personalidad**

El trastorno de personalidad límite, es una de las psicopatologías que están más asociadas al suicidio, se estima que entre el 60% y 80% de personas que lo padecen presentan conductas que pueden llevarlos a su autodestrucción (Espinosa, Blum y Romero, 2009) además de que este padecimiento, predomina el comportamiento impulsivo y autodestructivo.

Por otro lado los trastornos de personalidad determinan las conductas suicidas de diferentes maneras (Ayuso, Baca, Bobes, Giner, Pérez y Recoms, 2012):

- Conducen a inconvenientes en el ajuste social y en las relaciones interpersonales
- Predisponen a otros trastornos mentales
- Causan desperfectos en la capacidad de afrontar distintas situaciones
- Incrementa la desesperanza (visión negativa en dónde se siente que todo está perdido)

### **3.3 Esquizofrenia**

La esquizofrenia es un trastorno psicótico, en donde a través de alucinaciones, afecto inapropiado, trastornos de autoaceptación, entre otros; se ven afectados los procesos psicológicos. Anzar, Balanza, Castillo, García, Martínez, Martínez y Moreno (2016) mencionan que este padecimiento está ampliamente relacionado con las conductas suicidas por lo que es importante realizar una evaluación al respecto, para que así, a las personas que se les considere con un alto riesgo puedan ser hospitalizadas y brindarles un tratamiento adecuado; y a los que no, estarlos vigilando continuamente ya que se les considera vulnerables.

La esquizofrenia es el conjunto de múltiples procesos que son alterados y que tienen una importante relación con las cogniciones y éstas a su vez se relacionan con

el funcionamiento social del sujeto (Lozano y Acosta, 2009). Además se considera que este padecimiento tiene un gran parecido con trastornos del pensamiento, planificación de metas, factores de atención y falta de iniciativa; por lo que se le considera que ésta puede estar ampliamente relacionada al suicidio.

Hay una importante tarea por predecir y reducir el número de suicidios en las personas que padecen esquizofrenia ya que aparte de que ésta ha incrementado en los últimos años, se considera que las conductas entre las personas con este padecimiento son muy impulsivas y limitadas para poder predecirlo (Addington, 2006). Además, es importante añadir que aunque el suicidio en los pacientes con esquizofrenia no ha sido muy estudiado, se ha visto que las guías de práctica clínica han reconocido tratamientos basados en la evidencia han ayudado a reducir el riesgo.

### **3.4 Consumo de sustancias**

Al igual que la depresión, el consumo de sustancias es uno de los factores más importantes que están relacionados con las conductas suicidas. Las sustancias más comunes que se han reportado en las personas con conductas suicidas son: estimulantes, sedantes, alcohol, cannabis y fármacos prescritos médicamente (Ocampo, Bojorquez y Cortés, 2009).

Sin embargo, Gálvez (2014) afirma que a pesar de que se han hecho muchos estudios respecto a los diferentes tipos de sustancias como factor del suicidio; parece que influye más el número de sustancias consumidas. Además, postula que las conductas suicidas y el consumo de sustancias juegan una importante interacción con otras patologías, de las cuales destacan:

- Trastornos de ansiedad: Los trastornos de ansiedad en personas que consumen sustancias aumenta tres veces el riesgo de ideación e intentos suicidas, en comparación de tener ansiedad por sí sola.
- Trastornos del estado de ánimo: Son los más habituales entre las personas que mueren por cometer suicidio y pueden producirse por el consumo de sustancias; además de que al padecerlos en conjunto, el riesgo de suicidio aumenta casi cinco veces.

- Esquizofrenia: Aproximadamente 60% de las personas que padecen esquizofrenia tienen un trastorno relacionado al consumo de sustancias lo que aumenta la probabilidad de realizar conductas suicidas.
- Trastornos de personalidad: Estos son los más comunes entre las personas que tienen un trastorno de consumo de sustancias y tiene una importante relación con las conductas suicidas ya que al padecerlas aumentan los sentimientos de desesperanza y la impulsividad, lo que influye en la probabilidad de que aumenten las conductas suicidas de la persona.

No obstante, Saab, Nuevo, López, Ayala, Guerra e Islas (2005) afirman que el consumo de sustancias puede ser un factor independiente a todos estos padecimientos ya que al consumir alcohol o alguna droga hay tendencia a la autodestrucción y que está a su vez, tiene una gran variedad de desajustes en la vida de la persona por lo que hay mayores probabilidades de que este termine con su propia vida.

Un autor que concuerda con esto es Jiménez (2017), pero además agrega que la relación de consumo de sustancias y conductas suicidas se debe a diversas causas: dependencia (a una o varias sustancias) que pone trabas a la autonomía de la persona, la baja autoestima, crisis emocionales, cognitivas, sociales o morales; descuidos de los padres o personas encargadas de ellos; y abusos físicos, psicológicos y sexuales.

Por otra parte, Acosta, Sandoval y Gamboa (2013) afirman que las personas que consumen sustancias nocivas para la salud como el alcohol y las drogas tienden a ser más violentos que las que no lo hacen. Dicha violencia puede ser física o psicológica; y verbal o no verbal; hacia otras personas o hacia sí mismo. Esta última se relaciona con las conductas suicidas que pueden poner en peligro la vida de la persona.

### **3.5 Eventos de vida estresantes**

Definir un acontecimiento vital estresante, no es sencillo, lo que debemos de considerar es la percepción como negativo o no deseable y la circunstancia que acompañe un cambio vital, es decir, un suceso que es relevante en la vida de los individuos y que consideran importantes. Dicho esto, podemos considerar un

acontecimiento vital estresante como un fenómeno económico social, psicológico o familiar, llevando a la desadaptación social como resultado de fracaso del individuo (Cuba, 2015).

Para Jiménez, Menéndez e Hidalgo (2008) un acontecimiento estresante se centra en las circunstancias o condiciones ambientales que amenazan, desafían, exceden o dañan las capacidades psicológicas o biológicas del individuo, es importante mencionar que se incluyen acontecimientos traumáticos como desastres, abuso sexual y físico, violencia, divorcio, etc.

Los diversos eventos estresantes por los que pueda estar pasando una persona, desencadenan respuestas motoras, cognitivas y psicológicas, la inadaptación producirá cambios de salud, aparición de enfermedades o empeorar si ya existen.

Hernández, Polo y Pozo nos proponen el Inventario de Estrés Académico (IEA) el cual evalúa acontecimientos generadores de estrés en los estudiantes dentro del ámbito académico, cuenta con 23 ítems que incluyen situaciones que provocan estrés dentro del ámbito social, físico, psicológico y motivacional. Dicho inventario nos permite conocer qué situaciones son más estresantes, qué tipo de respuesta se asocia al estrés y la relación entre las situaciones y la manifestación conductual (Rodríguez y Gómez, 2010).

Como se ha visto, en algunas ocasiones las patologías pueden ser un detonante para que una persona tenga el deseo de quitarse la vida y lleve a cabo algún acto para lograrlo, por ello se describieron las características de dichas patologías que se deben de tener en cuenta para evitarlo. Así, como todos los factores que se encuentran presentes en la vida cotidiana y pueden ser un detonante para quitarse la vida.

## 4. CONDUCTAS SUICIDAS EN JÓVENES

### 4.1 Prevalencia

En capítulos anteriores se presentaron las estadísticas acerca de las conductas suicidas a nivel internacional, en este capítulo se complementará con información nacional, la cual se irá delimitando a población de adultos jóvenes, ya que ésta tesis aborda únicamente dicha población.

Como se vio, la tasa de mortalidad por suicidio ha ido aumentando, en México, en el 2001 según la OMS, se registró un incremento de 62% en los últimos 15 años, tan sólo de 1990 a 2000 aumentó un 74% en personas de entre 15 y 24 años, convirtiéndose para el 2007 la población más afectada con un 28% de todos los suicidios (Sistema Nacional de Información en Salud, 2009).

Borges, Medina, Orozco, Ouéda, Villatoro y Fleiz en el 2009 realizaron un estudio con cifras de los últimos 12 meses, el cual recolectó datos sociodemográficos y reportó prevalencias de las conductas relacionadas al suicidio de las 32 entidades de la República Mexicana. Participaron 22,966 personas de edades entre 12 y 65 años. De toda la información presentada en el estudio, solamente se tomaron los datos arrojados de personas de entre 15 y 24 años. Quienes presentaron una prevalencia más alta fueron las mujeres con escolaridades inferiores a la licenciatura, subempleadas y residentes de las regiones noroeste, norte y sureste.

Cabe mencionar que para el 2008 se presentaron 593,600 casos de personas que intentaron suicidarse a nivel nacional (Borges, Orozco y Medina, 2012). De acuerdo con el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en México, el suicidio se encuentra dentro de las tres principales causas de muerte entre los 14 y 24 años, después de accidentes y homicidios. En el 2008 el 67.48% de muertes fueron ocasionadas por accidentes de todo tipo, en su mayoría accidentes de tránsito, mientras que un 24.40% se debió a homicidios y un 8.13% a suicidios (Hernández y Flores, 2011).

Las últimas cifras registradas hasta este momento en adultos jóvenes son del 2016, donde el NEGI logró capturar 58 casos de suicidio en personas de 15 a 19 años, 38 eran hombres y 20 mujeres, quienes concluyeron el bachillerato o preparatoria. El

Estado de México presentaba la mayor tasa de mortalidad en hombres con cuatro casos, seguido de Chihuahua y CDMX. Respecto a las mujeres, Chiapas y Chihuahua presentaron tres casos, seguidos por el estado de México con dos. Por otro lado se registraron 55 casos de muertes por suicidio, 36 hombres y 19 mujeres, quienes tenían entre 20 y 24 años y se encontraban cursando una carrera universitaria. En el estado de México se registraron seis casos tanto para hombre como en mujeres, Jalisco y CDMX registraron cuatro casos en hombres, mientras que Chiapas y Chihuahua, tres. Sin embargo, Jalisco y Chihuahua presentaron dos casos en mujeres.

Una vez revisadas dichas cifras nos es preocupante y curioso por el tipo de población, en cuanto a rango de edad y ocupación, se considera que deben de existir factores en común que los estimulen a llevar a cabo una conducta suicida. Dicho esto, a continuación se hablará sobre factores de riesgo y señales de alerta.

## **4.2 Factores de riesgo**

Sexo, edad, estado civil, lugar de residencia, ocupación, psicopatologías, consumo de sustancias, entre otras son algunos factores ya presentados en capítulos anteriores, pero, ¿también son factores presentes en jóvenes? Para poder visualizarlo mejor, en este capítulo hablaremos sobre dicha cuestión y para poder comprenderlos de mejor manera están divididos en tres áreas, lo biológico, psicológico y lo social.

### **4.2.1 Biológico**

De acuerdo con De Leo, Bertolote y Lester (2003) los antecedentes familiares de suicidio son un marcador muy significativo que señala un alto riesgo de suicidio, es decir que puede haber un rasgo genético que predispone a algunas personas al comportamiento suicida. Algún deterioro del funcionamiento de las neuronas puede ser causa de que una persona no resista los impulsos de dejarse llevar por pensamientos suicidas (Mann, 1998).

### **4.2.2 Psicológico**

Un intento de suicidio previo es el principal factor de riesgo, pero para ello se debe tener en cuenta los trastornos afectivos que estimularon dicho evento. Ya se abordó

en capítulos anteriores, la depresión o trastorno bipolar son los principales causantes, seguido del abuso de sustancias.

Campos, Padilla y Valerio (2004) concuerdan con eso y nos dicen que los factores que influyen en la conducta suicida son: depresión, baja autoestima, estrés emocional, problemas de pareja, abuso de sustancias, disponibilidad de elementos autodestructivos, gusto por el peligro, etc. A esto, Terroba, Heman, Saltijeral y Martínez (1986), le agregan sentimientos de desesperanza, inutilidad, aislamiento social

En ocasiones, eventos inesperados pueden funcionar como factores detonantes del suicidio, como conflicto interpersonal, romper una relación, la pérdida personal, etc. por ejemplo en caso de perder algún ser querido, especialmente de alguien cercano, puede desencadenar sentimientos depresivos.

Por otro lado Johnson, Cohen, Gould, Kasen, Brown y Brook (2002) nos dicen que los jóvenes que han experimentado algún percance familiar y en la niñez como violencia física, abuso sexual, maltrato emocional, divorcio, corren mayor riesgo.

#### 4.2.3 Social

Se han identificado diversos factores sociales que influyen en el comportamiento suicida, que van desde la disponibilidad de los medios para llevarlo a cabo, lugar de residencia, ocupación, religión y situación económica.

El factor principal que se puede abordar en esta área es el aislamiento social como factor derivado de la falta de habilidades sociales que aumenta las probabilidades de riesgo suicida. Durkheim (1897) estableció los conceptos “egoísta” y “anómico” para hacer referencia a la incapacidad de conectarse socialmente. Basado en esto, se ha demostrado que personas aisladas son más vulnerables al suicidio que los que tienen vínculos sociales.

¿Qué estimula un aislamiento social? Son muchos los indicadores, como el deterioro académico, tener pocas habilidades sociales, intolerancia a la diversidad sexual y religiosa, reprobar, sentirse solo, sentirse fracasado, etc. En otras palabras, la persona se siente desconectada de sus amigos, compañeros, familia o personas cercanas a ella.

Se describirá un poco más a fondo las posibles causas sociales que desencadenan conductas suicidas ya sea a nivel cognitivo o conductual y que pueden terminar en lo peor, la muerte.

### **4.3 Conductas suicidas en estudiantes**

Como se mencionó anteriormente, existen diferentes factores que influyen en las conductas suicidas, sin embargo existe uno al que no se le presta suficiente atención, ya que se piensa que es algo normal por lo que se debe pasar o que es simplemente una "etapa". Nos referimos a la vida universitaria, la cual consideramos importante ya que debido a las estadísticas anteriormente mencionadas, son un grupo poblacional con una tasa de mortalidad alta y de la cual consideramos que es importante estudiar para así prevenir que esto siga ocurriendo.

Esto respaldado en que actualmente uno de cada 10 estudiantes universitarios presenta conductas suicidas (Solano, Cáceres y Almeida, 2017). Esto puede deberse a varios factores como la depresión, la presencia de intentos suicidas en familiares, el maltrato en la infancia, entre otras; por lo que se recomienda investigar y abordar en estos ámbitos ya que es una etapa de vulnerabilidad.

Así mismo, Pérez, Osnaya y Guerrero (2013) afirman que el 5% de jóvenes universitarios mexicanos manifiestan conductas suicidas, sin embargo es necesario abordar en este tema ya que se carece de estudios que hablen al respecto y que ayuden a su prevención.

Otros autores que también consideran que la población de jóvenes universitarios es altamente vulnerable son Eguiluz y Maldonado (2015), quienes además afirman que es relevante abordarla ya que la universidad es una institución dedicada a la promoción de la salud por lo que es importante conocer el índice de prevalencia para así se les brinde una asesoría a estudiantes que lo necesiten.

En cuanto a cada una de las profesiones del área de la salud, Cumbicos y Solivan (2018) afirman que los estudiantes de medicina están en alto riesgo, ya que el 36.9% de ellos presenta conductas suicidas debido a que tienen mayor exposición al estrés, por lo que es importante realizar estrategias de prevención y promoción principalmente en este sector de la población.

Otros autores que coinciden con esto son Denis, Barradas, Delgadillo, Denis y Melo (2017), quienes afirman que aunque el suicidio es un problema de salud en general, dentro de la población estudiantil la carrera de medicina tiene riesgo superior a las demás carreras, esto puede deberse a los horarios de clase, la carga excesiva de trabajo, las pocas horas que duermen, el servicio social, el maltrato académico, pensar en el futuro y la alta competencia que hay entre ellos.

Cabrera, Zuñiga y Coria (2011) concuerdan con eso y además agregan que al igual que los estudiantes de medicina, los estudiantes de la carrera de biología tienen un riesgo mayor que las otras carreras del área de la salud y esto se debe principalmente a los factores psicosociales relacionados con la familia, las situaciones humillantes, la ruptura en la relación con personas importantes y la falta de apoyo social.

Por otro lado Tomás (2009) difiere de eso y afirman que en realidad los estudiantes de enfermería pueden tener un riesgo mayor que los de otras carreras; esto debido a que tienen que enfrentarse a un estricto plan de estudios que les obliga a relacionar lo teórico y lo práctico, además de que se enfrentan a situaciones altamente vulnerables en las que desarrollan ansiedad y depresión que trae como consecuencia aquellos pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio.

Montes (2017) concuerda con que los profesionistas de enfermería presentan mayor número de conductas suicidas que los de otras profesiones, sin importar el lugar dónde se esté practicando o estudiando ésta. Es por eso que se recomienda que principalmente en este grupo de los profesionales de la salud se ponga especial atención. Así mismo, es importante mencionar que hay una fuerte necesidad por profundizar en los principales factores que hacen que los enfermeros quieran atentar contra su propia vida, como la carga de trabajo, el consumo de café y tabaco; y el estrés.

En cuanto a los estudiantes de psicología, Ospino y Colorado (2012) afirman que cinco de cada 100 estudiantes de psicología presentan conductas suicidas las cuales se deben por la influencia de factores como: el miedo a fracasar, la familia, la religión; y la falta de acceso y coraje para llevar a cabo los métodos implementados en la institución a la que asisten. En otras palabras, a pesar de que gran cantidad de

los estudiantes de esta área presentan conductas relacionadas con terminar con su propia vida, no son la carrera con más riesgo.

Así mismo a pesar de que no hay muchos datos sobre la prevalencia de las conductas suicidas en las carreras de odontología y optometría, hay una gran cantidad de estudios que abordan la depresión, estrés, autoestima, etcétera, lo cual resulta relevante porque como se mencionó anteriormente, son factores de riesgo que pueden propiciar el suicidio. Por ejemplo, Pérez y Cartes (2015) aseguran que los estudiantes de odontología se enfrentan a altos niveles de estrés debido a diversas causas:

- Ser obligados por sus padres para estudiar la profesión
- Cambios en sus vidas cotidianas (nuevos círculos sociales)
- Carga excesiva de trabajo
- Preocupación por los gastos que demanda la carrera
- Falta de tiempo para actividades placenteras y relajación
- Estar estudiando algo que no es de su agrado

Todo esto se relaciona con depresión lo cual a su vez es el factor de riesgo más importante en la tendencia al suicidio (De la torre, Rodríguez, José, Román y Abril, 2009). Así mismo los estudiantes de optometría se enfrentan a situaciones escolares y emocionales que pueden afectar su salud mental y traer consigo ansiedad, desesperanza e ideación suicida (González, Juárez, Solís, González, Jiménez, Medina y Fernández, 2012), por lo que se ha sugerido poner atención a estas necesidades de los estudiantes para que así se haga más investigación al respecto y posteriormente una planeación de intervenciones mejor sustentadas.

#### **4.4 Conductas suicidas como consecuencia del bajo rendimiento académico**

Se sabe que un gran reto que presenta nuestra sociedad es educar a las personas para desarrollarse y mejorar la sociedad en la que se desenvuelven. Por ello es que la educación media superior y superior se enfrenta con grandes retos, en este apartado

se hablará del rendimiento académico, situaciones estresantes y cómo es que se relacionan a las conductas suicidas.

En la educación, dentro de todos los problemas que se pueden presentar, algunos tienen mayor peso que otros, como el bajo rendimiento académico, el fracaso escolar y la deserción, por ejemplo Sikorski (1996) dice que el bajo desempeño académico y el fracaso escolar son factores donde hay mucha pérdida de potencial debido al sistema educativo, relaciones interpersonales, factores económicos, socioculturales y familiares.

Mientras que para Florezano (2006) un estudiante de la actualidad no tiene un buen rendimiento académico, el sistema educativo que recibe no es aventajado y pertenece a grupos sociales más vulnerables, dichas situaciones propician un trastorno de salud mental para los estudiantes a cualquier nivel educativo. Recordemos que la salud mental adquiere mayor relevancia en un sistema educativo masificado ya que integra una gran variedad de estudiantes.

Dicho esto, es necesario comenzar a hablar sobre el rendimiento académico, pues el contexto universitario puede desarrollar un papel muy importante en el ámbito de la salud de los estudiantes, las tareas, demandas y exigencias de un nuevo sistema educativo, pueden ayudar a predecir los problemas de salud y/o trastornos mentales (Micin y Bagladi, 2011).

Por otra parte se ha encontrado que existe una relación entre las dificultades académicas y las conductas de riesgo, tales como consumo de sustancias, problemas emocionales, trastornos alimenticios, etcétera (Diego, Field y Sanders, 2003). Sin embargo, existen pocos estudios que analicen las conductas suicidas respecto al desempeño académico, Beautrais (1998) dice que los problemas académicos traen como consecuencias eventos estresantes que pueden estimular una conducta suicida. Asimismo González, Villatoro, Alcantar, Medina, Fleiz, Bermúdez y Amador (2002) mencionan que entre los motivos por los que los estudiantes intentan quitarse la vida es por el bajo desempeño académico. Como vemos, existe relación entre el intento de suicidio y el desempeño académico, donde el déficit académico propicia las conductas suicidas.

Otra situación por la que atraviesan los estudiantes y que es muy común es el estrés, las causas más frecuentes son la falta de adaptación, conflictos escolares, carencia de metodología de enseñanza de profesores o actitudes hacia los alumnos, a esto Ayala (2010) agrega el exceso de tareas, trabajos y poco tiempo que se tiene para realizarlos.

Cuando un alumno está bajo situaciones estresantes le genera cansancio excesivo, como dolor de cabeza, problemas gástricos, alteraciones de sueño, problemas para concentrarse o estar atento, cambios de humor, afectando así su desempeño académico (Ahumada, Henríquez, Maurería y Ruiz, 2013).

Para poder visualizar los factores estresantes en un estudiante, citaremos a Barraza (2012) quien identificó 11 estresores académicos:

- Falta de tiempo para completar las tareas
- Sobrecarga de tareas o trabajos
- Exámenes
- Exposiciones en clase
- Trabajos obligatorios
- Exceso de responsabilidades académicas
- Las materias
- Tipo de trabajos
- Participación en el aula
- Mantener el promedio o rendimiento
- Evaluaciones de profesores

Asimismo, se puede decir que la falta de adaptación tanto al centro de estudio, también es un evento estresante por las normas, exámenes, distancia, etc. Lo que puede generar bajo rendimiento académico, ansiedad, ira, frustración, trastornos de aprendizaje, conductas antisociales e inclusive el suicidio (Ayala, 2010).

Por otro lado, con toda la literatura ya revisada y como se ha visto en capítulos anteriores, la tasa de mortalidad en jóvenes ha aumentado, según Gonzales, Ramos,

Caballero y Wagner, (2003) se debe a la incapacidad para resolver situaciones problemáticas, falta de control de las emociones y dificultades dentro del campo biopsicosocial propias de cada etapa del desarrollo humano, que influyen en las conductas suicidas, sin embargo podemos decir que el suicidio es resultado de una carencia de factores protectores y no de aspectos biopsicosociales propios del ser humano.

Desde esta perspectiva, es pertinente hablar sobre la Inteligencia Emocional, que es el procesamiento adecuado de la información emocional, donde se identifica, asimila, entiende y maneja las emociones (Mayer y Salovey, 1997). Por ello se considera la Inteligencia Emocional como un factor protector de conductas problemáticas, ya sea violencia, impulsividad y desajuste emocional, entre menos IE hay más posibilidad de presentar depresión, soledad, miedo, frustración, culpa, inestabilidad, fracaso, etc.

En un estudio realizado por Ceballos y Suárez (2012) se identificó la relación entre intentos suicidas y las características de Inteligencia Emocional en 157 estudiantes, se encontró que un 60.5% de la población presenta una IE adecuada mientras que un 39.5% presentan poca y demasiadas habilidades para sentir, atender, identificar y expresar las emociones. Los factores protectores para evitar una conducta suicida fueron su familia, religión, el miedo a fracasar en el intento, no tener acceso al método, etcétera. Tener un entrenamiento en habilidades emocionales y competencias sociales podrían reducir la probabilidad de conductas suicidas

Algunos otros estudios utilizan la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) ya que fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas, evalúa varias dimensiones de autodestructividad, como actitudes, conductas y planes. Gonzáles, Díaz, Ortiz, Gonzáles y González en el 2000 presentan un estudio donde evalúan a 122 estudiantes de entre 17 y 25 años, utilizaron dicha escala para medir la intensidad de los deseos suicidas y encontraron que los jóvenes se encontraban en un periodo de fragilidad emocional, que usualmente son la depresión y ansiedad.

En otra investigación desarrollada por Ahmadian, Shamshiri, Badvee y Homayouni (2009) con el propósito de comparar componentes de la Inteligencia

Emocional en 60 participantes con un intento de suicidio en los últimos tres días, demostró diferencias significativas con respecto a la IE entre los grupos en resolución de problemas, felicidad, tolerancia al estrés y autorrealización. Concluyeron que los programas de educación de IE son relevantes para reducir el comportamiento suicida en jóvenes.

Se ha visto que diversos autores han estudiado las emociones y coinciden en que el procesamiento adecuado de la información emocional dirige el pensamiento y el comportamiento, por lo tanto permite que se generen procesos adecuados y buscar posibles soluciones para así tener éxito y bienestar.

#### **4.5 Estudios inconclusos**

Ya se habló de lo que ocurre en los estudiantes cuando se enfrentan a niveles de estrés excesivos, cuando sufren de maltrato académico, cuando obtienen bajas calificaciones etc.

Sin embargo, es importante también pensar en todos aquellos estudiantes que por alguna razón u otra no tienen la posibilidad de concluir sus estudios. Esta situación puede darse por diversas razones sin embargo en el caso de todos los jóvenes que lo hacen, sus posibilidades se van limitando y se ven en la necesidad de desertar, teniendo en cuenta que les será difícil sobrellevar los gastos de su hogar y que probablemente tendrán que migrar nacional o internacionalmente.

El INEGI (2009) registró dos millones de adolescentes entre 14 y 19 años que no estudiaban ni trabajaban, representando el 13.4% y la preocupación reside en que es una población vulnerable al tráfico de drogas y delincuencia organizada.

Benjet, Hernández, Guilherme, Méndez, Medina y Aguilar nos lo fundamentan en su estudio realizado en el 2012, ya que hay poca información sobre los jóvenes llamados *ninis*, dicho término se emplea para aquellas personas que no estudian ni trabajan, los autores estimaron las características sociodemográficas y la prevalencia de los trastornos psiquiátricos, consumo de sustancias y comportamiento suicida en *ninis*, los que únicamente trabajan, quienes trabajan y estudian, para compararlos con aquellos que sólo estudian. Se encontró que los *ninis* tienen mayor riesgo de trastornos psiquiátricos, consumo de sustancias y comportamiento suicida a comparación de

aquellos adolescentes que únicamente estudian. Sin embargo los adolescentes que trabajan también son vulnerables.

Como se ve, los factores sociales son los más predominantes, por lo cual se vuelve aún más preocupante al no existir las medidas sanitarias pertinentes para poder prevenir, ya que el suicidio todavía es un tema estigmatizado. Asimismo es importante brindar información al respecto de una manera pertinente, sin correr el riesgo de tener efectos contrarios en población ya vulnerable.

## **5. INVESTIGACIÓN**

### **5.1 Método y procedimiento**

### **5.2 Planteamiento Del Problema, Justificación Teórica**

Las razones por las que se decidió investigar las conductas suicidas de universitarios de 18 a 25 años se centran en que esta parte de la población está mayormente expuesta a factores que incrementan dichas conductas y a su vez ponen en riesgo sus vidas; esto debido a que hay mayor vulnerabilidad e impacto de los factores psicosociales y socioculturales de los jóvenes. Es por ello que se quiere conocer la prevalencia de las conductas suicidas de los de jóvenes, para así hacer una labor en cuanto a esta problemática.

### **5.3 Justificación práctica**

Esta investigación se realiza porque existe la necesidad de conocer los factores que contribuyen en las conductas suicidas de los jóvenes ya que con base en los hallazgos de otros investigadores, esta problemática ha ido incrementando cada año. La investigación ofrece dar a conocer la prevalencia de las conductas suicidas y de algunos factores relacionados; y dará herramientas teóricas para ayudar a la prevención y tratamiento de los jóvenes universitarios que están en riesgo.

### **5.4 Pregunta de Investigación**

¿Cuál es la prevalencia de las conductas suicidas en jóvenes universitarios que estudian carreras del área de la salud en la FES Iztacala?

### **5.5 Objetivos**

#### **Objetivo General**

Conocer la prevalencia de las conductas suicidas y su relación con el sexo y promedio en jóvenes universitarios de la FES Iztacala.

#### **5.5.1 Objetivos Específicos**

1. Conocer las carreras donde más se presentan las conductas suicidas.
2. Conocer si las conductas suicidas prevalecen más en hombres o mujeres.

3. Conocer si el rendimiento académico influye en la presencia de las conductas asociadas al suicidio.

## **5.6 Hipótesis de investigación**

### Hipótesis conceptual

Los universitarios de las diferentes carreras de la FESI presentan conductas suicidas que están influenciadas por diferentes factores.

#### 5.6.1 Hipótesis metodológicas

- Existe relación entre la carrera que estudian los alumnos de la FESI y las conductas suicidas.
- Las mujeres presentan con mayor frecuencia las conductas suicidas.
- Existe relación entre el promedio de egreso de los estudiantes de la FESI y las conductas suicidas.

## **5.7 Definición conceptual y operacional de las variables**

### 5.7.1 Variables independientes, Variables sociodemográficas

1. Carrera. Variable atributiva categórica. Se refiere a la profesión que está cursando actualmente el participante. Con seis categorías: 1) biología, 2) cirujano dentista, 3) enfermería, 4) médico cirujano 5) optometría, y 6) psicología.
2. Sexo. Variable atributiva, dicotómica. Con dos niveles: 1) Hombre y 2) Mujer.
3. Promedio. Variable atributiva continua. Se refiere al promedio total que obtuvo el participante al egresar del bachillerato.
4. Promedio por rangos. Variable atributiva categórica. Se refiere al promedio total que obtuvo el participante al egresar del bachillerato. Con categorías: 1) bajo, 2) medio bajo, 3) medio, y 4) alto.

### 5.7.2 Variable dependiente

Riesgo. Variable categórica dicotómica nominal. Con dos niveles: 1) presencia y 2) ausencia.

Está definida a través de 5 reactivos extraídos del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS):

1. Quisiera irme de este mundo.
2. He pensado en suicidarme.
3. He planeado mi propia muerte
4. He intentado quitarme la vida (lastimándome, haciéndome daño, cortándome, tomando pastillas, asfixiándome, envenenandome, con el propósito de morir).
5. Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo.

Los reactivos tienen cinco opciones de respuesta: 1) todo el tiempo, 2) Casi siempre, 3) Algunas veces, 4) Rara vez y 5) Nunca. Operacionalmente se definió *riesgo* como la presencia de cualquiera de ellos reportado con cualquiera de las opciones menos con “nunca”. Esto respaldado en que si se pensó o se hizo alguna de las situaciones mencionadas por el inventario por lo menos alguna vez ya se considera conducta suicida.

### **5.8 Diseño**

Transversal. Dicho estudio indaga sobre la frecuencia de la exposición y la ocurrencia del evento una vez conformada la población del estudio, asimismo sólo se hace una medición a cada participante durante todo el estudio. Este tipo de estudio es eficiente para la prevalencia de cualquier evento, es poco costoso y se puede realizar en poco tiempo (Hernández, Garrido y López, 2000).

### **5.9 Participantes**

2500 jóvenes hombres y mujeres (33.9% hombres y 65.4 mujeres) universitarios de entre 18 y 25 años, de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), de las carreras de cirujano dentista, médico cirujano, biología, optometría, psicología, enfermería y biología, inscritos en el periodo escolar 2018-1.

### **5.10 Proceso de selección de los participantes**

Se aplicó el Examen Médico Automatizado (EMA) a los alumnos de primer ingreso de todas las carreras de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Se llevó a cabo en

sesiones grupales con el apoyo de la Secretaría de Desarrollo y Relaciones Institucionales, que se encargó de capacitar a alumnos de licenciatura de las carreras de medicina, optometría, enfermería y odontología de la misma institución para que así pudieran manejar adecuadamente el instrumento, la interacción con los participantes y aclarar dudas durante la aplicación.

### **5.11 Escenario**

Los participantes acudieron al gimnasio de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, donde se les explicó en qué consistía la prueba, posteriormente se les entregó una a cada uno.

### **5.12 Instrumentos**

Se utilizó el Examen Médico Automatizado (EMA) que es una herramienta diagnóstica realizada por la Dirección General de Servicios Médicos de la Universidad Nacional Autónoma de México (DGSM-UNAM) tiene como objetivo determinar el estado de salud tanto físico como mental, así como la familia y el entorno de los estudiantes. La información arrojada en este examen permite elaborar un diagnóstico predictivo para elaborar programas de prevención e intervención, así como para referir a los alumnos que requieran de atención especializada y apoyar investigaciones para fomentar la cultura de autocuidado para la salud (González, Solís, Jiménez, Hernández, González, Juárez, Medina y Fernández, 2011).

Asimismo, se extrajeron cinco reactivos críticos de la segunda versión del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS), realizado por Quetzalcóatl Hernández y Emilia Lucio, el cual se compone de 50 reactivos en escala likert, con cinco opciones de respuesta: a) todo el tiempo, b) Casi siempre, c) Algunas veces, d) Rara vez, y e) Nunca. Dichos reactivos se dividen en ocho áreas: A1: Ideación suicida, A2: Satisfacción en la vida, A3: Dificultades interpersonales, A4: Dificultades en la escuela, A5: Signos de alerta, A6: Planeación e intención suicida, A7: Malestar personal psicológico y A8: Desesperanza.

El IRIS es un cuestionario que se compone de dos secciones (A y B) y tiene un total de 75 reactivos. La Sección A evalúa, mediante 40 reactivos en escala tipo Likert,

las siguientes áreas: ideación suicida (A1), satisfacción en la vida (A2), dificultades interpersonales (A3) y dificultades en la escuela (A4). La Sección B comprende 35 reactivos dicotómicos que examinan los siguientes rubros: signos de alerta (B1), planeación e intención suicida (B2), malestar personal psicológico (B3) y desesperanza (B4). El cuestionario consta de dos partes: la primera de 40 reactivos tipo Likert y la segunda de 35 reactivos dicotómicos. El tiempo promedio de aplicación es de 15 minutos.

Los reactivos críticos que se seleccionaron para la presente investigación fueron:

1. Quisiera irme de este mundo.
2. He pensado en suicidarme.
3. He planeado mi propia muerte
4. He intentado quitarme la vida (lastimándome, haciéndome daño, cortándome, tomando pastillas, asfixiándome, envenenándome, con el propósito de morir).
5. Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo.

### **5.13 Implicaciones éticas del estudio**

Se considera una investigación poco riesgosa ya que los participantes contestaron voluntariamente el IRIS y el rehusarse a contestar no repercutiría de ninguna manera en sus actividades escolares. Sin embargo no se descarta la posibilidad de que muchos de los jóvenes no contestaran con total sinceridad debido a que es un tema aún estigmatizado que no suele hablarse fácilmente.

Es importante mencionar que una vez que todos los participantes terminaron el estudio, se sacaron los puntajes de las pruebas y se realizó la labor de dar un seguimiento a través del correo electrónico a todos aquellos estudiantes que señalaron haber tenido o tener conductas suicidas por lo menos una vez, en donde se les daba información para poder acudir por atención psicológica, lo cual fue satisfactorio ya que un gran porcentaje de los alumnos que recibieron correo acudieron a las Instalaciones de la FES Iztacala para recibir atención psicológica. Dichos correos se enviaron a los participantes a los tres, seis y 12 meses después de haberse aplicado el EMA.

#### **5.14 Aparato estadístico**

Se realizó análisis de varianza *ANOVA* para conocer la diferencia entre las puntuaciones de los cinco reactivos que se tomaron del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS) y la variable de Rango promedio. Asimismo se empleó la correlación de Pearson para conocer el vínculo entre el promedio de egreso y los cinco reactivos. También se utilizaron correlaciones de Spearman, primeramente para conocer la significancia del intento suicida y el promedio de egreso, posteriormente para conocer la significancia entre intento suicida y la variable de rango promedio.

Para conocer la conexión entre intento de suicidio y los cinco reactivos también se utilizó la correlación de Spearman y por último para conocer la relación entre la variable rango promedio y los cinco reactivos. Se realizó una tabla cruzada para conocer la frecuencia de los intentos suicidas que presentaron tanto hombres como mujeres y otra para conocer la frecuencia de todos los reactivos. Finalmente una tabla de correlación para conocer los cinco reactivos en las diferentes carreras de la FESI.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos en los instrumentos fueron capturados en la base de datos SPSS, en la cual se encontró que: las carreras que más presentan conductas suicidas a nivel cognitivo y conductual son las carreras de enfermería y optometría, mientras que las que menos las presentan son las carreras de psicología y médico cirujano (Véase Tabla 2).

Tabla 2

*Correlación entre las carreras de la FESI y los cinco reactivos del IRIS*

Licenciatura		R1 <sup>a</sup>	R2 <sup>b</sup>	R3 <sup>c</sup>	R4 <sup>d</sup>	R5 <sup>e</sup>
Médico Cirujano	Media	.20	.14	.10	.05	.17
Psicología	Media	.18	.12	.10	.04	.15
Optometría	Media	.29	.19	.12	.08	.21
Cirujano Dentista	Media	.27	.18	.14	.06	.21
Biología	Media	.23	.14	.13	.04	.19
Enfermería	Media	.42	.31	.22	.14	.31
Total	Media	.25	.17	.13	.07	.20

<sup>a</sup> Quisiera irme de este mundo. <sup>b</sup> He pensado en suicidarme. <sup>c</sup> He planeado mi propia muerte. <sup>d</sup> He intentado quitarme la vida. <sup>e</sup> Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo.

Así mismo, en la Tabla 3 podemos observar que en los cinco reactivos hubo una diferencia estadísticamente significativa [ $F(5, 5135)=20.689, p=.000$ ], esto tomando en cuenta los niveles de confianza mostrados en la Tabla 3 que es  $p<.0.5$ .

Tabla 3

*Diferencias en los puntajes por reactivos*

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
R1 <sup>a</sup>	Entre grupos	37.468	5	7.494	20.689	.000
	Dentro de grupos	1859.844	5135	.362		
	Total	1897.311	5140			
R2 <sup>b</sup>	Entre grupos	22.283	5	4.457	18.369	.000
	Dentro de grupos	1245.812	5135	.243		
	Total	1268.094	5140			
R3 <sup>c</sup>	Entre grupos	8.828	5	1.766	8.442	.000
	Dentro de grupos	1067.536	5104	.209		
	Total	1076.364	5109			
R4 <sup>d</sup>	Entre grupos	6.183	5	1.237	11.149	.000
	Dentro de grupos	569.870	5138	.111		
	Total	576.053	5143			
R5 <sup>e</sup>	Entre grupos	15.343	5	3.069	11.115	.000
	Dentro de grupos	1415.366	5127	.276		
	Total	1430.709	5132			
Promedio en rangos	Entre grupos	1270.969	5	254.194	258.167	.000
	Dentro de grupos	4908.290	4985	.985		
	Total	6179.259	4990			

<sup>a</sup> Quisiera irme de este mundo. <sup>b</sup> He pensado en suicidarme. <sup>c</sup> He planeado mi propia muerte. <sup>d</sup> He intentado quitarme la vida. <sup>e</sup> Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo.

Ahora bien, centrándonos en la hipótesis de que a menor promedio mayores son las conductas suicidas, en la Tabla 4 se muestra que hay una diferencia estadísticamente significativa ( $r = -0.87$ ,  $p < 0.01$ ), por lo que se puede decir que a más promedio menos son las cogniciones sobre suicidio. En otras palabras, se acepta la segunda hipótesis.

Tabla 4

*Correlación de Pearson entre los cinco reactivos del IRIS y el promedio de egreso del bachillerato*

		Promedio de egreso	R1 <sup>a</sup>	R2 <sup>b</sup>	R3 <sup>c</sup>	R4 <sup>d</sup>	R5 <sup>e</sup>
Promedio de egreso	N	4993					
R1 <sup>a</sup>	Correlación de Pearson	-.084**					
	N	4988	5142				
R2 <sup>b</sup>	Correlación de Pearson	-.079**	.552**				
	N	4988	5139	5142			
R3 <sup>c</sup>	Correlación de Pearson	-.087**	.387**	.539**			
	N	4959	5108	5110	5111		
R5 <sup>d</sup>	Correlación de Pearson	-.042**	.350**	.541**	.427**		
	N	4991	5142	5142	5111	5145	
R5 <sup>e</sup>	Correlación de Pearson	-.082**	.528**	.463**	.364**	.282**	
	N	4980	5131	5131	5100	5134	5134

<sup>a</sup> Quisiera irme de este mundo. <sup>b</sup> He pensado en suicidarme. <sup>c</sup> He planeado mi propia muerte. <sup>d</sup> He intentado quitarme la vida.

<sup>e</sup> creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo.

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Por otro lado, se encontró que existe una correlación estadísticamente significativa ( $r_s = -0.44$ ,  $p < 0.01$ ) entre los puntajes de la variable Intento de suicidio y el promedio de egreso. Por otro lado, en la Tabla 5 podemos observar que hay una correlación estadísticamente significativa entre el rango de promedio y el intento de suicidio ( $r_s = -0.47$ ,  $p < 0.01$ ). Por lo que se puede decir que se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 5

*Correlación de Spearman entre intento de suicidio y el rango de promedio*

			INTENTO	Promedio en Rangos
Rho de Spearman	INTENTO	N	5145	
	Promedio en Rangos	Coeficiente de correlación	-.047**	
		Sig. (bilateral)	.001	
		N	4990	4992

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Así mismo, en la Tabla 6 se muestra que hay una correlación estadísticamente significativa entre rango promedio y todos los reactivos. Por lo que podemos decir que el por rangos, el promedio influye tanto a nivel cognitivo como conductual.

Tabla 6

*Correlación Rho de Spearman entre el rango promedio y los cinco reactivos del IRIS*

		Promedio en Rangos						
Rho de Spearman	Promedio en Rangos	N	R1 <sup>a</sup>	R2 <sup>b</sup>	R3 <sup>c</sup>	R4 <sup>d</sup>	R5 <sup>e</sup>	
		4992						
	R1 <sup>a</sup>	Coeficiente de correlación	-.076**					
		Sig. (bilateral)	.000					
		N	4987	5142				
	R2 <sup>b</sup>	Coeficiente de correlación	-.077**	.540**				
		Sig. (bilateral)	.000	.000				
		N	4987	5139	5142			
	R3 <sup>c</sup>	Coeficiente de correlación	-.083**	.374**	.511**			
		Sig. (bilateral)	.000	.000	.000			
		N	4958	5108	5110	5111		
	R4 <sup>d</sup>	Coeficiente de correlación	-.048**	.328**	.477**	.385**		
		Sig. (bilateral)	.001	.000	.000	.000		
		N	4990	5142	5142	5111	5145	
	R5 <sup>e</sup>	Coeficiente de correlación	-.054**	.522**	.444**	.334**	.271**	
		Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	
		N	4979	5131	5131	5100	5134	

<sup>a</sup> Quisiera irme de este mundo. <sup>b</sup> He pensado en suicidarme. <sup>c</sup> He planeado mi propia muerte. <sup>d</sup> He intentado quitarme la vida. <sup>e</sup> Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo.

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 7, se muestra el total de respuestas que tuvieron hombres y mujeres respecto a los reactivos, además se muestra cuántos de ellos intentaron por lo menos una vez atentar contra su vida; Así mismo, en la Tabla 8 se muestra la frecuencia que tuvieron los hombres y las mujeres en cada uno de los reactivos, en la cual se observó diferencia entre ambos sexos.

Tabla 7

*Frecuencia de intento de suicidio de hombres y mujeres*

		INTENTO		Total
		nunca	alguna vez	
sexo	Hombre	1707	43	1750
	Mujer	3198	174	3372
Total		4905	217	5122

Tabla 8

*Frecuencia de respuestas presentadas por hombres y mujeres en cada reactivo del IRIS*

	sexo	N	Media	Desv.
				Desviación
R1 <sup>a</sup>	Hombre	1749	.24	.602
	Mujer	3370	.25	.611
R2 <sup>b</sup>	Hombre	1749	.16	.457
	Mujer	3370	.18	.515
R3 <sup>c</sup>	Hombre	1734	.13	.435
	Mujer	3354	.14	.471
R4 <sup>d</sup>	Hombre	1750	.03	.233
	Mujer	3372	.08	.375
R5 <sup>e</sup>	Hombre	1744	.19	.530
	Mujer	3367	.20	.528

<sup>a</sup> Quisiera irme de este mundo. <sup>b</sup> He pensado en suicidarme. <sup>c</sup> He planeado mi propia muerte. <sup>d</sup> He intentado quitarme la vida. <sup>e</sup> Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo.

## DISCUSIÓN

La importancia de hacer esta investigación se centra en que las conductas suicidas son una problemática que afecta a toda la población y que va en aumento; pero son los jóvenes universitarios los que tienen mayor riesgo ya que es en esta etapa cuando hay mayor vulnerabilidad (Vélez, Maldonado y Rivera, 2017) además es importante tomar en cuenta que el suicidio en jóvenes es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial (OMS, 2014).

Este estudio permitió conocer la prevalencia de las conductas suicidas en jóvenes universitarios de primer semestre de la FES Iztacala de cada una de las carreras (médico cirujano, cirujano dentista, biología, psicología, enfermería y optometría) así como la diferencia entre hombres y mujeres y la relación de éstas con el promedio de bachillerato.

Los resultados demuestran que las carreras en donde más prevalecen las conductas suicidas son en enfermería y en optometría, lo cual concuerda con Montes (2017) quien asegura que los estudiantes de enfermería son los que tienen más conductas relacionadas al suicidio debido a una gran serie de factores que provocan vulnerabilidad; y con Cabrera, Zuñiga y Coria (2011) quienes afirman que los estudiantes de biología están en un gran riesgo debido a factores psicosociales por los que pasan cuando estudian la carrera.

Asimismo, es importante mencionar que la mayoría de los autores centran su investigación respecto a este tipo de conductas a los estudiantes de medicina, por lo que hay una gran cantidad de estudios que afirman que los estudiantes de esta área son los que tienen mayor riesgo, como Denis, Barradas, Delgadillo, Denis y Melo (2017) quienes aseguran esto y además agregan que se debe a el estrés producido por las actividades escolares.

En cuanto a el sexo de cada uno de los participantes, se encontró que las mujeres presentan más conductas suicidas que los hombres lo cual concuerda con lo que expresa Salazar (2012), quien dice que esto puede deberse a una desventaja social que trae como consecuencia otros trastornos como depresión o baja autoestima, que como podemos recordar incrementan el riesgo de poseer dichas conductas. Ahora

bien, este dato resulta interesante ya que la tasa de muerte por suicidio en hombres es más que el doble a la de las mujeres (OMS, 2014), lo cual lleva a la siguiente interrogante: ¿por qué las conductas suicidas prevalecen más en las mujeres pero son los hombres los que llegan al suicidio?

Como han mencionado los autores, esto puede deberse a que vivimos en una sociedad donde no está bien visto que los hombres expresen abiertamente lo que sienten porque puede ser visto como debilidad, en otras palabras, a través del tiempo se han construido roles y conductas que se les adjudican a los hombres y a las mujeres; y aunque para algunas personas estos estereotipos los favorecen, para otras predisponen a realizar otras prácticas que les pueden traer consecuencias psicológicas y fisiológicas, en este caso el suicidio (Moreno y Pichardo, 2006).

Sería importante que se hiciera más investigación al respecto para que así se puedan conocer todos aquellos factores que influyen en esta problemática, además es relevante mencionar que el presente estudio sólo investigó en el sexo de los participantes, es decir en las diferencias biológicas y fisiológicas con las que nació cada participante (Lamas, 1994), por lo que se podría hacer una investigación posterior que aborde el género de los participantes, es decir el significado socialmente construido basado en los roles y el poder (Gómez, 2002) agregando que no existe la certeza que todos los hombres responden con veracidad. Todo esto respaldado en lo que señala Roa (2013), quien asegura que el suicidio es una forma de odio hacia uno mismo y afirma que indistintamente del sexo; el suicidio se debe más bien a un estrés excesivo que trae consigo depresión u otros trastornos relacionados. Además considera que a pesar de que no se ha hablado mucho el tema del suicidio en personas que tienen interés por alguien de su mismo sexo; los trastornos mentales suelen presentarse con mayor frecuencia en personas homosexuales, bisexuales y lesbianas por lo que podría ser la población homosexual la que tiene mayor riesgo en adoptar conductas para hacerse daño, esto respaldado en que aún hay cierto rechazo y violencia física y psicológica por parte de la población en general ante las personas que son sexualmente diversas.

Es importante recalcar que las personas homosexuales no son más patológicos que los que no lo son y no tienen más riesgo a suicidarse por el simple hecho de serlo,

sino más bien esto se desencadena por aquella barrera que pone la sociedad que no les permite el libre desarrollo de su personalidad.

Finalmente, respecto a la última hipótesis acerca de la relación del promedio con las conductas suicidas, los resultados arrojaron que a mayor promedio menos son las conductas suicidas. Por lo que se puede decir que se acepta la hipótesis, sin embargo deja mucho que pensar, en el sentido de que si el bajo promedio propicia a pensar en las conductas suicidas o viceversa, las conductas suicidas influyen en que el alumno tenga un bajo rendimiento académico, pudiendo tratarse de una relación bidireccional.

A pesar de que no existe suficiente literatura sobre la correlación de conductas suicidas y un promedio como tal, se puede hablar sobre el bajo rendimiento académico que presentan los estudiantes como lo dice Micin y Bagladi (2011) ya que la universidad cobra relevancia por el hecho de que las tareas y exigencias son mayores, esto puede traer diversos factores estresantes que afecten su salud, concordando así con Diego, Field y Sanders (2003) quienes hablan de conductas de riesgo a las que se expone un estudiante, en algunas ocasiones trae como consecuencias conductas suicidas (Beautrais, 1998; González et al, 2002) lo cual nos ayuda a entender una de las hipótesis de la investigación.

Asimismo, se sabe todas las situaciones estresantes por las que atraviesa un estudiante, por ello es pertinente mencionar que en varias ocasiones los alumnos no cuentan con las herramientas necesarias para manejar todas las situaciones que se le presenten durante la etapa de la universidad, lo cual hace pensar más a fondo lo que dice González et al, (2003) sobre la incapacidad para resolver problemas y considerar el estudio de Ceballos y Suárez (2012) pues prueban que la inteligencia emocional y habilidades sociales reducen la probabilidad de conductas suicidas, dicho esto sería necesario realizar otro estudio donde se aborden éstas situaciones para indagar más al respecto.

Es importante recordar que el desempeño académico puede ser un factor que influye en el comportamiento de un estudiante ya sea para protegerlo de conductas que pongan en riesgo su salud o para crear conductas de riesgo que afecten su estudio.

## CONCLUSIÓN

Debido a lo anterior se concluye que todas las variables estudiadas son realmente importantes e interesantes, pero a pesar de ello hay escasez de información para algunas. El conocer las diversas causas que están detrás de las conductas suicidas, es un tema bastante amplio y sustancial, lo cual nos hace pensar que aún hay mucho por estudiar, considerando todos los factores estresantes por los que atraviesa un estudiante universitario, desde el ingreso a una nueva institución que le va a demandar tareas mayores, ser más competentes, cambio de red de apoyo, mayor autonomía, algunos casos enfrentan el fracaso académico, etcétera.

La presente investigación aporta información de suma importancia que se puede tomar en cuenta para futuras investigaciones y analizarla a fondo para poder ampliar y visualizar mucho mejor los factores de riesgo a los que se encuentra expuesto un universitario evitando consecuencias más drásticas como quitarse la vida.

Así como para poder diseñar o mejorar un contexto social, que los alumnos tengan mejor manejo de sus emociones, específicamente estrés y ansiedad, para así prevenir o reducir conductas de riesgo.

Además como se vio en los resultados enfermería y optometría fueron las carreras que obtuvieron puntajes más altos de conductas suicidas por lo que con estas cifras se les podría dar un compromiso a las autoridades de dar seguimiento a todos aquellos estudiantes que requieran algún servicio.

Asimismo, surgen muchas interrogantes respecto a que optometría y enfermería presentaran mayor conductas suicidas que otras carreras, ya que cómo se mencionó anteriormente, la mayoría de los estudios indican que debido al estrés, la demanda de trabajo, la cantidad de tareas a realizar, etcétera, es en la carrera de medicina dónde suelen presentarse estas conductas, sin embargo esto ha cambiado y se podría pensar que puede deberse a que el ingreso a la carrera elegida año con año es más complicado y medicina, siendo una de las carreras más demandadas por la comunidad estudiantil tiene mayor número de rechazados, los cuales suelen poner carreras de baja demanda pero de la misma área.

Lo que lleva a pensar que posiblemente muchos de los alumnos de optometría y enfermería estén en su segunda opción lo cual puede significarse mayor estrés, más dificultad y menos motivación, lo cual podría ser un desencadenante de presentarse conductas autodestructivas.

Esto es un buen punto de partida para futuras investigaciones, pero además sirve para concientizar a la comunidad Iztacalteca de que el suicidio no es un tema que debe tomarse a la ligera y que hay que prestar atención a la más mínima señal.

Hoy en día, la UNAM ya cuenta con programas de salud mental, por lo que sería importante informar a todos los estudiantes acerca de ellos, así como brindar capacitación a docentes para que puedan identificar alumnos en riesgo y que reciban la ayuda necesaria, asimismo incluir programas sobre el manejo de las emociones, que como se revisó anteriormente tienen gran importancia en el rendimiento académico.

Por último, es importante mencionar que este estudio se hizo para conocer la prevalencia de las conductas suicidas en la FES Iztacala; sin embargo hay una gran labor respecto a este tema en la comunidad en general ya que los jóvenes son una población en riesgo y es importante informarlos y atenderlos para que así se logre evitar que la tasa de mortalidad por suicidio siga creciendo.

## REFERENCIAS

- Acosta, F., J., Sandoval, B., C. y Gamboa, Y., S. (2013). Influencia del consumo de sustancias psicoactivas en los patrones de comportamiento violento. *Psicología y Salud, 19*, 223-235.
- Addington, D., E. (2006). Seguridad en esquizofrenia: reducir el suicidio y el intento de suicidio. *Revista de Toxicomanías, 49*, 17-24.
- Ahmdian, M., Shamshiri, T., Badvee, I., y Homayouni, A. (2009). Comparison of the Emotional Intelligence Components of Suicidal Patients and Non-Clinical Samples. *European Psychiatry, 24*, 143-153.
- Ahumada, B., Henríquez, C., Maureria, F., y Ruiz, V. (2013). Estrés estudiantil: un estudio desde la mirada cualitativa. *Investigación Cualitativa, 1-16*.  
<http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/357/Articulos/Art%C3%ADculo%20Estr%C3%A9s%20Estudiantil.pdf>
- Amador, R., G. (2015). Suicidio: consideraciones históricas. *Revista Médica La Paz, 21*, 91-98.
- Ayala, C. (2010). El estrés académico de los estudiantes pre universitarios y su relación con los resultados del test de habilidades realizado en la sección de orientación vocacional. (Tesis de Licenciatura). Universidad de San Carlos de Guatemala, Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- Ayuso, M., J., Baca, G., E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., Sáiz, P., Saiz, J. y Recoms, G. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 5*, 8-23.
- Aznar, J., Balanza, P., Castillo, D., García, J., Martínez, I., Martínez, C., y Moreno, J. (2009). Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental. España.
- Barraza, A. (2012). Estresores en alumnos de licenciatura y su relación con dos indicadores autoinformados del desempeño académico. *Revista Electrónica de Investigación, 22-29*.

- Barrera, J., Gómez, L., M., Suárez, E., Velásquez, N., Guzmán, Y. y García V. (2017). Cobertura periodística sobre el suicidio: ¿habría riesgo de causar efectos negativos en personas susceptibles?, *Persona y Bioética*, 21, 151-160.
- Bazán, L., J., Olórtegui, M., V., Vargas, M., H. y Huayanay, F., L. (2016). Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79, 3-16.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1996). Esquemas básicos que predisponen a la depresión. *Terapia Cognitiva de la Depresión*. (pp. 11- 23): Brouwer.
- Benjet, C., Hernández, M., D., Borges, G., Méndez, E., Medina, M., M. E., y Aguilar, G, S. (2012). Jóvenes que ni estudian ni trabajan: salud mental, educación y empleo. *Salud Pública de México*, 54, 410-417.
- Beautrais, A. (1998). Risk factors for serious suicide attempts among young people. En Kosky, R. J., Eshkevari, H. S., Goldney, R. D. y Hassan, R. (Eds.), *Suicide prevention, the global context* (pp. 167-180) New York, Estados Unidos de America: Plenum Press.
- Bertolote, J. L. (2001). Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional. *Preventing Suicide: a resource series*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Borges, G., Medina, M., M., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J. y Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32, 413-425.
- Borges, G., Orozco, R., y Medina Mora, M. (2012). Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Pública de México*, 54, 595-606.
- Caamal, E. G. D., Peraza, E. M. C., Onel, I., Vela, C., Vera, A. P. M., y Chávez, J. G. V. (2013). Estudio de caso: joven yucateco con intento de suicidio fallido. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16, 972.
- Cabildo, A., H. y Elorriaga. M. (1996). El suicidio como problema de Salud Mental. *Salud Pública de México*, 8, 441-451.

- Cabrera, N., Zuñiga, M., y Coria, A. (2011). Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: un estudio piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14, 341-354.
- Calvo, G., F., Giralt, V., C., Calvet, R., A., y Carbonells, S., X. (2016). Riesgo de suicidio en población sin hogar. *Clínica y Salud*, 27, 89-96.
- Campos, R. M., Padilla, S., y Valerio, J. C. (2004). Prevención de suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes. *Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social Costarricense*. 27-63. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ays/ays3n1-2/art4.pdf>
- Cardona, E., Y. y Villalba, L., E. (2016). Suicidio y trastorno mental (Suicide and Mental Disorder). *CES Psicología*, 9, 179-201.
- Ceballos, G. y Suárez, Y. (2012). Características de inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida en una muestra de estudiantes de Psicología. *CES Psicología*, 5, 88-100.
- Ceballos, O., G., Suarez, C., Y., Suescún, A., J., Gamarra, V., L., González, K., E. y Sotelo, M., A. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary: Revista Internacional de Ciencias de la Salud*, 12, 15-22.
- Chávez, H. y Leenaars, A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*, 33, 355-360.
- Contreras, A. H. (2014). Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento de suicidio. *Salud Pública de México*, 26, 39-49.
- Cuba, M. Á. (2015). La importancia del análisis de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica. *Revista Médica La Paz*, 16, 58-62.
- Cumbicos, P., y Solivan, V. (2018). Depresión como factor asociado a ideación suicida en estudiantes de medicina humana de Trujillo 2016. (Tesis de licenciatura). Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.
- De Jalón, E. G. y Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 27, 87-96.
- De la Fuente, R. (2013). Acerca de la salud mental en México. México.

- De Leo, D., Bertolote, J. y Lester, D. (2003). La violencia autoinfligida. *Informe Mundial de la Violencia y de la Salud*, 200-231.
- De La Cruz, S., R., Santiago, B., F., Cáceres, B., F. y Almeida, G., J. (2017). La prevalencia y factores asociados del intento de suicidio en estudiantes de ciencias de la salud. *Revista Médica Panacea*, 3, 63-67.
- De la Torre Martí, M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. *Madrid: Universidad Autónoma de Madrid*. Recuperado de: [https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo\\_ideacion\\_suicida.pdf](https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf)
- De la Torre, I., Rodríguez, C., José, M., Román, P. y Valdez, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental*, 32, 495-502.
- Delgadillo, G., Y., Chávez, F., C. y Martínez, O. L. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42, 159-68.
- Denis, R., E., Barradas, A., M. E., Delgadillo, C., R., Denis, R P. B., Melo, S, G. (2017). Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un meta análisis. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 8, 387-418.
- Diego, M., Field, T. y Sanders, C. (2003). Academic performance, popularity, and depression predict adolescent substance use. *Journal of Adolescence*, 38, 35- 42.
- Diekstra, R. (1993). La epidemiología del suicidio y el parasuicidio. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 9-20.
- Durkheim, E. (1897). *El suicidio*. Humanes de Madrid: Akal
- Elorriaga. M. (1972). Breve estudio sobre el problema del suicidio en la década 1960-1969. *Salud Pública de México*, 14, 487- 498.
- Eguiluz, R., L. y Ayala, M., M. (2014). Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 22, 72-80.

- Eguiluz, R., L., D., y Maldonado, J. (2015). Medición del riesgo suicida, bienestar psicológico y estructura familiar en estudiantes de la salud. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21, 96-101.
- Espinosa, J., J., Blum, G., B. y Romero, M., M. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud mental*, 32, 317-325.
- Gálvez, B. P. (2014). Prevención e intervención de la conducta suicida en personas con adicciones a sustancias. *Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida*. (pp. 597-610). Fundación de Salud Mental España. Recuperado de: [https://www.upo.es/postgrado/export/sites/default/MICROSITES/titulos\\_propios/2016-2017/Documentos/Manual-Conducta-Suicida.pdf](https://www.upo.es/postgrado/export/sites/default/MICROSITES/titulos_propios/2016-2017/Documentos/Manual-Conducta-Suicida.pdf)
- García, L. J., Álvarez, D., S., y García, M., V. (2008). Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 26, 427-440.
- Girard C. (1993). Age, gender and suicide. *American Sociological Review*, 58, 553–574.
- Gaviria, A. A., Morales, A. G., Acosta, C. P., Valencia, J. G. y Jaramillo, C. L. (2009). Factores asociados a letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 446-463.
- Gómez, G. A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: Enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica las Condes*, 23, 607-615.
- Gómez. C. C. y Borges. G. (1996). Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta. *Salud Mental*, 19, 45-55.
- Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, 454-461.
- González, F., C., Solís, T., C., Jiménez, T., A., Hernández, F., I., González, G., A., Juárez, G., F., Medina, Mora., M. y Fernández, M., H. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior, en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 34, 53-59.

- González, C., Ramos, L., Caballero, M. y Wagner, F. (2003). Correlación Psicosociales de Depresión, Ideación, e Intento Suicida en adolescentes mexicanos. *Revista Psicothema*, 4, 532-544.
- González, F., C., Berenzon, G., S., Tello, G., A., Facio, F., D., y Medina, M., I., (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública de México*, 40, 430-437.
- González, F., C., Mariño, M. D., Mondragón, L., y Medina, M., M. (2000). Intento suicida y uso del tiempo libre en adolescentes mexicanos. *Psicología Conductual*, 8, 147-152.
- González, F. C., Villatoro, V. J., Alcantar, E. I., Medina, M, M., Fleiz, B. C., Bermúdez, L. P. y Amador, B. N. (2002). Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25, 1-12.
- González, J. A., Juárez, G., F., Solís, T., C., González, F., C., Jiménez, T., A., Medina, M., M. y Fernández, V. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud Mental*, 35, 51-55.
- Haas, A., Eliason M, Mays, V., Mathy, R., M, Cochran, S. y D'Augelli A. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58,10–51.
- Hernández, A., M., Garrido, L., F., y López, M., S. (2000). Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud Pública de México*, 42, 144-154.
- Hernández, B., H. y Flores, A., R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de Población*, 17, 69-101.
- Hernández, J. M., Polo, A., y Pozo, C. (1996). Inventario de Estrés Académico. *Madrid: Servicio de Psicología Aplicada UAM*.
- Hidalgo, R., C. e Hidalgo, S., A. (2015). Comportamientos de riesgo de suicidio y calidad de vida, por género, en adolescentes mexicanos, estudiantes de preparatoria. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 3437-3445.

- INEGI. (2002). Estadística de Intentos de Suicidio y Suicidios. *Cuaderno*, 25.  
[http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/1334/702825432300/7028254323001.pd](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/1334/702825432300/7028254323001.pd)
- INEGI. (2006). Suicidio. Marco de referencia sobre el suicidio. México, INEGI.
- INEGI. (2008). Estadísticas de suicidios en los Estados Unidos Mexicanos 2006, publicación anual, México tomado de <http://www.inegi.org.mx>.
- INEGI. (2009). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Recuperado el 30 de enero de 2018 de [http://www.inegi.org.mxhttp://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/enoe/enoe2009/ENOE\\_2009.pdf](http://www.inegi.org.mxhttp://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/enoe/enoe2009/ENOE_2009.pdf).
- INEGI. (2016). Tomado el 13 de noviembre de 2017 de [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/suicidio2016\\_0.p df](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/suicidio2016_0.p df)
- INEGI. (2016). Tomado el 30 de enero de 2018 de [http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general\\_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=11144](http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=11144)
- INEGI. (2017). Tomado el 25 de Noviembre de 2017 de <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/mortalidad/>
- INHISA. (2017). Tomado el 25 de Noviembre de 2017 de <http://www.suicidologia.com.mx/>
- INPRF. (2018). Tomado el 30 de enero de 2018 de <http://inprf-cd.gob.mx/>
- Jiménez, L., A. (2017). Conductas autodestructivas y las drogas. *Drugs and Addictive Behavior*, 2, 256-274.
- Jiménez, L. G., Menéndez, S. M., e Hidalgo, M. V. G. (2008). Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 26, 427-440.
- Jiménez, O., R. y Cardiel, T., L. (2013). El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. *Papeles de Población*, 19, 205-229.

- Johnson, J., Cohen, P., Gould, M., Kasen, S., Brown, J. y Brook, J. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59, 741-9.
- Kropotkin, P. (1967). *La gran revolución*. Barcelona, Maucci.
- Lamas, M. (1994). Cuerpo: diferencia sexual y género. *Debate Feminista*, 10, 3-31.
- Lozano, L. M. y Acosta, R. (2009). Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia. *Revista Facultad de Medicina*, 17, 87-94.
- Mann JJ. (1998). The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*, 4, 25-30.
- Mann, J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P. y Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 294, 2064-2074.
- Mann, J, Wateraux, C., Haas, G, y Malone, K. (1999). Hacia un modelo clínico de comportamiento suicida en pacientes psiquiátricos. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.
- Mansilla, I., F. (2012). La prevención de la conducta suicida: una necesidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32, 123-124.
- Manzo, G., G. I. (2005). El suicidio desde una perspectiva socioeconómica cultural. *Cuicuilco*, 12, 154-17.
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En: Salovey, P. y Sluyter, D. J. Emotional development and emotional intelligence: Educational implications. (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Medina, C. M., Coffin, N., Álvarez, M., Jiménez, M. L., Béjar, F. y Béjar, C. E. (2010). El Médico general como primer contacto en usuarios con depresión e ideación suicida. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13, 183-96.

- Micin, S., y Bagladi, V. (2011). Salud mental en estudiantes universitarios: Incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. *Terapia Psicológica*, 29, 53-64.
- Montes, M. F. J. (2017). Factores emocionales relacionados con el riesgo suicida en estudiantes y profesionales de enfermería. (Tesis de licenciatura). Universidad Rovira Virgili, España.
- Moreno, E., y Pichardo, B. (2006). The orbits of 48 globular clusters in a milky way-like barred galaxy. *The Astrophysical Journal*, 652, 1150.
- 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, 239- 246.
- Ocampo, R., Bojorquez, I. y Cortés, M. (2009). Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006. *Salud Pública de México*, 51, 306-313.
- OMS. (2001). Recuperado el 30 de enero de 2018 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- OMS. (2009). Recuperado el 27 de Noviembre de 2017 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- OMS. (2015). Recuperado el 27 de Octubre de 2017 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- OMS. (2013). Recuperado el 25 de Octubre de 2017 de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global.
- OMS. (2017). Recuperado el 23 de Octubre de 2017 de [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)
- Ospino, G., A. y Colorado, Y. S. (2012). Características de inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida en una muestra de estudiantes de Psicología. *CES Psicología*, 5, 88-100.

- Pacheco, J. R., y Saura, C. J. I. (2016). Prevalencia de la conducta prosocial según sexo y edad en una muestra de estudiantes colombianos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 1, 391-398.
- Pérez, B., S. A. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15, 196-217.
- Pérez, C., J., Pérez, C., T., Azcuy, C, M. y Mirabal, M, G. (2014). Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 33, 70-80.
- Pérez, D., F., y Cartes, V., R. (2015). Estrés y burnout en estudiantes de Odontología: una situación preocupante en la formación profesional. *Edumecentro*, 7, 179-190.
- Pérez, J., C., Osnaya, M. C. y Guerrero, D. I. (2013). Ideación suicida y variables asociadas, conforme al sexo, en estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Puebla, México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16, 390.
- Pérez, Ó. A., Téllez, Á. S. y David, A., J. (2015). Caracterización del suicidio en adolescentes de Antioquia, Colombia, 2000-2010. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63, 431.
- Pérez, P. L., Betancort, E. N. y Navarro, M. W. (2012). Consideraciones en torno a la muerte voluntaria. *Norte de Salud mental*, 10, 30-36.
- Pérez, V. M. (2016). Conducta suicida. Protocolo de intervención. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 2, 233-250.
- Programa de Acción Específico. (2013). Recuperado el 30 de Noviembre de 2017 De [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud\\_Mental.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf)
- Roa, C. A. P. (2013). Etiología social del riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes lesbianas, gay y bisexuales: una revisión. *Psicogente*, 16, 218- 234.
- Rodríguez, M, J. y Gómez, C., H. (2010). El Estrés en Estudiantes de Medicina. *Memoria del Foro de investigación educativa: Instituto Politécnico Nacional*, 409-414.

- Rollié, E. F. (2008). Comentarios a Cicerón, De Divinatione I, 47 (El suicidio de Calano). *Auster*, 9-36.
- Romero, M. A. y Gonnet, J. P. (2013). Un diálogo entre Durkheim y Foucault a propósito del suicidio. *Revista Mexicana de Sociología*, 75, 589-616.
- Saab, N. G., Nuevo, J. J., López, L. R., Ayala, G. V., Guerra, A. F. e Islas, I. L. (2005). Consumo de alcohol y drogas como factor de riesgo de intento suicida. *Medicina Interna de México*, 21, 183-187.
- Sabogal, G. y Rossini, Y. (2006). Educación en riesgo suicida, una necesidad bioética. *Persona y Bioética*, 10, 82-98.
- Sauceda. G. J., Lara. M. M. y Fócil. M. (2006). Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 63, 223-231.
- Salazar, J. A. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15, 688-721.
- Secretaria de Salud. (2017). Recuperado el 30 de Noviembre de 2017 de <https://www.gob.mx/salud>
- Secretaria de Salud, Programa de salud 2013-2018. Revisado el 18 de Octubre de 2017 de <http://www.ssa.gob.mx/>
- Serfaty, E. (1998). Suicidio en la adolescencia. *Adolescencia Latinoamericana*, 1, 105-10.
- Shneidman E. A (1980). Possible classification of suicidal acts Based on Murray's needs system. *Suicide Life-threatening Behavior*. 10, 175-181.
- Sikorski, J. B. (1996). "Academic underachievement and school refusal". En DiClemente, R. J., Hansen, W. B. y Ponton, L. E. (Eds.). *Handbook of adolescent health risk behavior*. (pp. 93-411). New York and London: Plenum Press.
- Sisask, M. y Värnik, A. (2012). Media roles in suicide prevention: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 123-38.

- Sistema Nacional de Información en Salud. (2009). Mortalidad 2000-2005. México: Secretaría de Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/saludmex2006/SM06.pdf>
- Sistema Nacional de Información en Salud. Base de datos sobre Egresos Hospitalarios. (2014). Recuperado el 18 de Octubre de 2017 de [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std\\_egresoshospitalarios\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_egresoshospitalarios_gobmx.html)
- SSA (2015). Día mundial para la prevención del suicidio. Recuperado el 14 de Noviembre de 2017 de <http://www.gob.mx/salud/articulos/dia-mundial-para-la-prevencion-del-suicidio-11158>
- Terroba, G., Heman, A., Saltijeral, M. T. y Lanz, P. M. (1986). Factores clínicos y sociales asociados con el parasuicidio y con el suicidio consumado. *Salud Mental*, 9, 74-80.
- Tomás, S., J. (2009). Factores psicológicos relacionados con el riesgo suicida en estudiantes de enfermería. *Metas de Enfermería*, 12, 67-74.
- Tomás, S., J. y Monforte, R., C. (2010). Propiedades métricas de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en profesionales de enfermería. (Tesis de licenciatura). Universitat Rovira i Virgili, España.
- Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 7, 93-102.
- Toro, T, R., Grajales, G, F. L. y Sarmiento, L, J. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 16, 473-486.
- Valdiviezo, L. (2013). Japón y el suicidio. *Observatorio de la Economía y la Sociedad del Japón*. Texto recuperado del 30 de enero del 2017 de <http://www.eumed.net/rev/japon/>
- Vargas, H. B., y Saavedra, J. E. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 75, 19-28.
- Vega, P., M., Blasco, F., H., Baca, G., E. y Díaz, S, C. (2002). El suicidio. *Salud Global*, 4, 1-15.

- Velásquez, S., J. (2013). Suicide in the Elderly. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42, 80-84.
- Vélez, P., D., Maldonado, S., N. y Rivera, L., C. (2017). Espectro del suicidio en jóvenes universitarios en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28, 34-44.
- Vianchá. P., Bahamón M. y Alarcón A. (2013). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Tesis Psicológica*, 8, 112-123.
- World Health Organization. (2000). *Prevención del suicidio un instrumento para médicos generalistas*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/media/general\\_physicians\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf)