



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"El suicidio en jóvenes de primer semestre de la FES Iztacala"

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

Angel González Ramírez

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

Dictaminadores: Mtra. **Yanely Carrizosa Legorreta**

Dra. **Laura Palomino Garibay**





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de formar parte de su institución. En particular, a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala por ser el plantel que me dio las herramientas para poder llevar a cabo este trabajo y del que me llevo una gran enseñanza acerca de la Psicología, y del que sigo aprendiendo para ser un mejor profesionista.

Al proyecto de investigación “Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio” mediante el cual fue posible realizar esta investigación. En especial a la Dra. Carolina Santillán, responsable del proyecto, quien me brindo todo su apoyo, por sus observaciones y comentarios recibidos para que este texto tenga la calidad esperada. Cualquier acierto es por saber entender sus enseñanzas, los errores son míos al no entender cómo resolverlos.

A todas las profesoras y profesores que, sin saberlo, han formado parte de mi crecimiento, y espero que alguna vez se den cuenta que hicieron algo enorme: me hicieron amar la Psicología.

DEDICATORIA

A mi madre por estar siempre apoyándome de varias maneras para que saliera adelante con este proyecto, que sin sus palabras no hubiera tenido la dedicación que le brindé.

A mis amigos, que siempre estuvieron ayudándome a su particular manera, a que me quedara despiertos y seguir trabajando, a no estresarme gracias a los momentos en que me hacían reír, y a su fe en que sacaría todo adelante.

A mi novia, por su ayuda incondicional en todo momento, pues no sólo me apoyaba en problemas de la tesis, también en los trámites y en el tiempo que tuve para hacer todo el trabajo. Por su cariño y por su tranquilidad.

A todos aquellos que han estado al borde del suicidio.

A todos los que piensan en él como única salida.

A todos aquellos que han logrado salir de él.

A todos ustedes.

A ellos

La muerte es un misterio.

Y el entierro, un secreto.

Pet Sematary

STEPHEN KING

Muchas veces es valor el conservar la vida.

LUCIO ANNEO SÉNECA

Death Is A Lonely Business

RAY BRADBURY

PRÓLOGO

Si el tema de la muerte es un asunto solitario, que la gente trata de evitar pues no es agradable, que prefiere dejarlo pasar pues hasta que no les llegue el día es mejor no tocarlo, que es de mala suerte, que trae maldiciones, etc., el del suicidio es aún mucho peor, porque no se trata de la muerte por sí misma, es la decisión de una trascendencia.

Cuando una persona se suicida se dice que fue llevada hasta el límite, pero, ¿el límite de qué? ¿De la vida? ¿De la propia muerte? Es decir que, llegado aquel foso, ¿no se puede salir? La decisión de hacerlo es muy discutida, no sólo por el mismo individuo que piensa en hacerlo sino de la gente que se da cuenta que lo ha intentado o que lo logró.

El tabú del tema, la cruel sentencia que se da uno mismo, los dimes y diretes de su hecho consumado, lo que le da más significado es eso y no el hecho en sí (sin menospreciar el suicidio). Las palabras terminan sepultando la memoria de una vida borrada por un evento que nadie entenderá, salvo la persona que ha fallecido.

Si alguien me preguntara ¿por qué he elegido este tema? Les respondería lo mismo: para comenzar a dejar su lado místico y oscuro y traerlo a la mente de todos. Para que así se den cuenta que no es sólo un caso, que no es sólo por una razón, todos somos proclives a hacerlo, lo que hace que no lleguemos a lograrlo es la función de nuestros seres queridos, de las amistades, de la pareja, hasta de una mascota.

Hubo tres sucesos que me confirmaron la decisión de haberme decantado por el tema del suicidio. A mediados de enero ocurrió la primera anécdota.

Era tarde y alguna parte de mi familia ya se encontraba en la cocina para comer, pero unos gritos interrumpieron la rutina. Varias personas corrían y salían de sus casas atemorizados pues, a dos casas de distancia de la nuestra, un tanque de gas se había incendiado, creando una llamarada de varios metros que crecía a cada segundo, dirigida hacia el cielo. Los vecinos gritaban que salieran de las casas y mi familia hizo caso. Yo no me di cuenta de lo sucedido hasta unos minutos después cuando mi hermana entraba y llevaba a su perro a la calle. En ese momento supe que algo peligroso podría ocurrir.

Salí de la casa con mi familia y algunos de los vecinos, impactados por la posible detonación del tanque, se alejaron y llamaron a la policía y a los bomberos. Cuando llegaron, se vieron incapacitados para trabajar pues no tenían el equipamiento para hacer algo. Lo único que hicieron fue alejar a la gente que quedaba ahí, cerca, hacia el extremo de la calle, para evitar que, si llegara a explotar, los alcanzara.

Ahí fue cuando me di cuenta de lo que sucedía: el hombre que vivía ahí no quería salir de su casa pues prefería morir en ella antes que dejar que todo por lo que había vivido se esfumara en una explosión (y podría pasar pues no sólo había uno sino dos tanques, uno inactivo, amén de que la explosión podría alcanzar los de la casa de al lado y crear una reacción en cadena). En ese momento no sabía si esa conducta se podría definir como suicidio, pero si no lo fuera, no se alejaría tanto de lo que otras personas hacen al dejar abierto el gas para asfixiarse y morir dormidos, o al meterse en una tina llena de agua y no salir a respirar. El hecho de que decidiera quedarse, esperando una detonación ya era una decisión complicada.

Hasta la fecha ha ocurrido más veces este escenario, pero la que he contado ha sido la más cercana. La que ha tenido más significado para el presente tema.

La segunda anécdota no fue tan cercana, pero debido a que la noticia tuvo un alcance nacional, y mundial, también fue un impacto el saberlo.

Un mes después, en Febrero, en las noticias comenzó a abundar la información de que una mujer, madre y esposa, se había suicidado, aventándose de un puente en Colombia, junto con su hijo. Ella había dejado una nota en donde confesaba no sentirse con la fuerza necesaria para continuar con su vida tras una serie de deudas que no podía pagar y que crecían cada vez más.

Un puente fue el sitio elegido por esta madre que, aun con la ayuda de varias personas, entre ellas una psicóloga tratando de evitar que saltara y de elemento de la policía de aquella localidad, decidió aventarse del lugar junto con su pequeño de 10 años. Una decisión más que por sí sola no se explicaría, pero que, tras conocer el motivo, intentamos entender la acción.

El tercero sucedió el primer día de Abril, cuando una acusación anónima con el hashtag #MeTooMúsicosMexicanos fue dirigida al cantante Armando Vega-Gil, creando un repentino y profundo impacto a su psique, a tal grado de creer y pensar que esa acusación no lo dejaría en paz, ni a él ni a su familia, en un futuro. La decisión de suicidarse apareció y fue la culminación de una serie de pensamientos que dejó plasmados en una carta de despedida.

Estos tres eventos fueron significativos para continuar con el presente tema, hechos que no sólo ocurren en los sitios donde se dieron lugar, sino que sucede en cualquier parte del mundo. Hombres, mujeres, niños, adolescentes, adultos mayores, de cualquier edad, de cualquier situación económica. El suicidio no tiene predilección alguna.

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	9
Introducción	10
PARTE I. MARCO TEÓRICO	12
1.- El Suicidio	12
1.1.- El Suicidio a Través de la Historia	12
1.2.- Definición	16
1.3.- Ideas, Planes e Intentos Suicidas	17
1.4.- Comportamientos de Riesgo	21
1.5.- Tres Enfoques Psicológicos sobre el Suicidio	23
1.5.1.- Psicoanálisis	23
1.5.2.- Psicología Humanista	28
1.5.3.- Enfoque Cognitivo-Conductual	29
2.- El Suicidio en Adolescentes Universitarios	32
2.1.- Adolescencia	32
2.2.- El Suicidio en Adolescentes Universitarios	34
2.3.- El Suicidio en México	37
2.4.- El Suicidio en Adolescentes Mexicanos	40
PARTE II. INVESTIGACIÓN	45
3.- Planteamiento del Problema	45
3.1.- Justificación	45

3.1.1.- Teórica	45
3.1.2.- Práctica	45
3.2.- Pregunta de Investigación	45
3.3.- Objetivo General	46
3.3.1.- Objetivos Específicos	46
3.4.- Hipótesis	46
3.5.- Definición de Variables	46
3.5.1.- Variables Independientes	46
3.5.2.- Variables Dependientes	47
3.6.- Método	47
3.6.1.- Tipo de Diseño	47
3.6.2.- Tipo de Investigación	48
3.6.3.- Participantes	48
3.6.4.- Proceso de Selección de los Participantes	48
3.6.5.- Escenario	48
3.6.6.- Instrumentos	48
3.6.7.- Implicaciones Éticas	49
4.- Análisis de Datos	51
5.- Discusión	56
6.- Conclusión	61
Referencias	63

RESUMEN

El suicidio se ha convertido en un problema mundial de salud que ya ha cobrado más muertes que las guerras y los homicidios. Varias organizaciones se han mostrado preocupadas por los altos números de suicidios e intentos de suicidio. En México se ha convertido en una de las principales causas de muerte, y el índice es alto en jóvenes universitarios. La investigación tuvo como objetivo describir los resultados de la aplicación del cuestionario ISRA en alumnos de primer semestre de las seis carreras que se imparten en la FES Iztacala aplicada en tres años, 2016, 2017 y 2018. La encuesta se conformó de 5 reactivos que miden la conducta suicida en sus rasgos principales, es decir, deseo, pensamiento, ideación e intento suicida con base a una escala Likert que medía la gravedad, aunque sólo nos interesó la presencia o ausencia de la conducta. Los resultados arrojaron que el total de deseo suicida es alto y es el principal de los rasgos; el índice disminuye en el pensamiento y después en la ideación, para ser aún más bajo en el intento, pero sigue siendo alto. También nos hace visible que las mujeres son las que presentan in número mayor en los intentos suicidas. De igual manera nos confirmaron que la carrera que presenta altos índices de conducta suicida es la de Enfermería. Esto resultados nos hacen ver que la planeación de grupos, talleres y pláticas para la prevención del suicidio debe ser exhaustiva y no sólo formar parte de un currículo que lo deja como optativa.

Palabras clave: Suicidio, Jóvenes universitarios, Salud, Conducta suicida, Pensamiento suicida, Intento suicida, Ideación suicida.

INTRODUCCIÓN

El suicidio se ha convertido en un tópico de magnitud nacional (y mundial) desde hace algunos años. Ha dejado su lugar de tabú para instalarse en un sitio de diálogo y prevención, cosa que debía suceder desde antes, pero la desinformación hizo que su presencia fuera oculta hasta ahora, cuando ha comenzado a descontrolarse. La sociedad crea asociaciones y organizaciones que comiencen a regular una enseñanza para prevenir esta conducta en todos los niveles de la persona. Sin duda, será un trabajo difícil ya que la época hace dura la labor.

Todo esto se hace exponencialmente mayor en la edad de la adolescencia y los años circundantes. Desde la aparición de los cambios corporales, biológicos y psicológicos, la persona comienza a pensar en tantas cosas que es imposible enumerar, y una de ellas aparece por el contacto con el tema, es decir, el suicidio. Ya sea por un familiar, por la cultura, el entretenimiento o por cualquier vía, el suicidio se convierte en un tópico cotidiano, normalizando su aparición y su entendimiento del suceso, pero no de la decisión de hacerlo, no del entendimiento como tal de la conducta y de la resolución por actuar de esa manera.

Todo esto crece exponencialmente en el territorio mexicano debido a la mala información, a la poca preparación de los que deberían dar una enseñanza en el tema de salubridad médica y psicológica, y del incorrecto manejo de esta educación, sin olvidar el simbolismo que la gente le da al suicidio.

Como una forma de intentar entender y describir los sucesos del suicidio en jóvenes he decidido crear esta investigación con el principal objetivo del estudio del suicidio en los jóvenes de primer semestre de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Se trata de una investigación empírica que describe la presencia de estas conductas en los alumnos de recién ingreso de las seis carreras de la facultad antes mencionada.

De este modo, todo el planteamiento y el desarrollo de la investigación se fundamenta en una interrogante que será el punto principal de la misma. Ésta es: ¿Qué tan presente se encuentra el suicidio en los jóvenes de primer ingreso? De esta manera, no sólo vemos el intento, sino la planeación, la ideación y los diferentes niveles en las que una persona se encuentra respecto al tema.

De acuerdo a ello, la estructura de la tesis se dividirá en dos partes. La primera será el Marco Teórico, es decir, la información respecto al suicidio y a los jóvenes. Este se dividirá en dos capítulos, a saber. En el primero, abordaremos el suicidio a través de la historia, cómo ha cambiado su percepción en los diferentes hitos históricos y algunos ejemplos actuales; después veremos su descripción general y veremos algunas definiciones que varios autores nos han dado acerca del tema; después desentrañaremos el suicidio en los diferentes componentes como las ideas, los planes y el intento de suicidio; enseguida conoceremos cuales son los comportamientos de riesgo que hacen más probable la aparición del suicidio y terminaremos con un vistazo a tres enfoques de la psicología hablando del suicidio: psicoanálisis, psicología humanista y el enfoque cognitivo- conductual.

En el segundo capítulo nos adentraremos en la zona que estudiaremos, es decir, abordaremos el suicidio en la adolescencia y juventud. Comenzaremos por dar un panorama acerca de este espacio biológico y sus cambios, después veremos la situación en México acerca del suicidio, para después pasar al tema del suicidio en los adolescentes en este país, enfocándonos en su situación educativa como universitarios.

Después entraremos en materia y comenzaremos con la segunda parte, que es la Investigación. En ella describiremos, primeramente, el planteamiento del problema, y con ello tendremos la justificación de la investigación y el motivo de la aplicación del instrumento. Los objetivos, general y específicos, así como la hipótesis, serán comentados en esta sección.

A continuación, se comenzará a describir el Método de la investigación, es decir, la aplicación del instrumento y las características que se tuvieron en el mismo, así como la cantidad de participantes que se presentaron y el procedimiento.

Para finalizar esta sección, describiremos los resultados obtenidos en la investigación a través de tablas que nos mostrarán qué sección es la preponderante, y se hará una pequeña discusión y conclusión sobre el tema trabajado.

Las referencias formarán parte de la última sección y en ella se colocará todo aquel documento que se usó para la Investigación

Parte I: Marco Teórico

1.- El Suicidio

El suicidio ha estado siempre presente a través de la historia de la humanidad y, aunque ya se estilaba esta conducta desde hace siglos, no se pensaba como un suceso que marcara una grave consecuencia moral y ética. Últimamente se ha convertido en un problema social y de salud en el mundo. De acuerdo a la OMS (2004) anualmente hay más muertes por suicidio que las que son a causa por homicidios o guerras. De hecho, si se contara el número de personas que han presentado pensamientos suicidas, ideaciones suicidas o han llegado al suicidio, el número sería alarmante. Es por eso que se han creado un sinnúmero de organizaciones y medidas sanitarias para intentar prevenir el aumento de estas conductas en todos los países.

Desde ya podemos mencionar que el tema del suicidio ha sido muy estudiado por todas las vertientes posibles de las disciplinas, cada una teniendo un punto de vista diferente, pero que logra mantener algunas partes tangenciales, como el hecho de que el suicidio sea una decisión que el hombre hace para quitarse la vida. Esto puede ser significado por varias maneras, en especial una, la que nos dice que el hecho de quitarse la vida es una transgresión a la existencia misma, no sólo para quien haya sido el creador de la vida por completo, sino como uno mismo.

1.1.- El Suicidio A Través De La Historia.

Habría que remontarse siglos atrás para conocer el acto como conducta, pues el término ha sido acuñado hace muy poco tiempo. Quizá el hallazgo más temprano sea de Gauthier de Saint Victor, un teólogo francés que emplea la palabra suicida en el año 1177 o en 1178. Pero después de ella desaparece pues el significado propio de la palabra es monstruoso para la época (y aún siguen siéndolo).

Antes de que el término “*suicidio*” fuera usado comúnmente, se utilizaron muchos términos y expresiones muy cargados con las concepciones y sentires que el acto inspiraba,

y no es de extrañar que todas ellas estuvieran encaminadas a un par de conceptos: *“to die or to kill”* (morir o matar), que comúnmente se usarán de acuerdo al arma o al medio utilizado para llegar a él, a la concepción que se sostenía acerca de él o de acuerdo a metáforas usadas para referirse al acto (Salman, 2011).

Éstas metáforas y frases de acuerdo a la manera de morirse son usadas desde la antigüedad griega donde los textos ya nos mencionaban, de manera elegante, a personajes que se clavaron la espada o que se arrojaron en el vacío. Pero no lo hacían por cualquier motivo. Las razones más comunes en esos tiempos fueron el honor, la vergüenza, y el dolor, que pueden estar íntimamente relacionados entre sí. Hay que señalar que no hay juicios de valor explícitos en estas narraciones, sin embargo, muchas mueven a la compasión, de lo que podría resultar una sutil aceptación y admiración hacia el suicida. Y es que se trata, generalmente, de salidas honrosas a situaciones intolerables.

Todo esto se puede ver en la actualidad con los suicidas kamikazes o yihadistas. Todos ellos mantienen una mentalidad de amor hacia sus ideales, de absoluta credibilidad y fe hacia ellos, tanto que dan una parte sagrada de ellos, la vida, para hacerse visibles ante los demás, en específico hacia quien va dirigido el ataque. Es cierto que éstos también lo hacen por otras cosas que no son tan loables, como el terrorismo o el ataque, pero también es innegable que cada uno de ellos es consciente de lo que hace y la decisión proviene de ellos mismos.

Es durante el siglo XIX, en el que el suicidio es retomado como un problema que debe hallar explicación, postulándose de manera principal dos grandes corrientes: el discurso médico de la psiquiatría que lo vislumbraba como una expresión patológica del hombre alienado a toda razón superior. Por otro lado, el discurso sociológico de Durkheim que venía a expresar el suicidio como un hecho social cuyo origen no debía ser buscado en las profundidades de la psique humana, sino en la influencia de la sociedad en la constitución de los hombres (Bernabé, 2014).

Unos años después, Foucault nos diría que existirían sociedades suicidógenas; aquellas sociedades que, por la incoherencia o la contradicción en el juicio y establecimiento de sus leyes y reglas, animan el suicidio de sus habitantes; es decir, señalamos la existencia de ciertas determinaciones psíquicas para el suicidio que pueden ser encontradas en los discursos de los pueblos (Felipe, 2010).

Esto último confirmaría la tesis de todos aquellos que luchan por su libertad personal, que creen en ideales como los ya mencionados yihadistas que, presionados por un pueblo que creen en ellos como héroes, terminan dando su vida para una sociedad que no valoraría su pérdida.

Jisastsu es la palabra japonesa para referirse al suicidio, y uno de sus más antiguos ejemplos es el llamado *Seppuku* o *Harakiri*, acto en el cual un hombre se corta a sí mismo el estómago. Este ritual se practicaba principalmente por los samuráis y tenía dos distintas razones. La primera era para morir con honor y evitar ser atrapado por el enemigo y, de esta forma, evitar cualquier tipo de tortura por parte de él; la segunda razón era como castigo para aquellos samuráis que hubiesen realizado cualquier acto indebido. Muchos años después los japoneses se hicieron famosos en el mundo por otro tipo de suicidio; los pilotos kamikaze (viento de Dios) que atacaron Pearl Harbor y muchos otros objetivos durante la Segunda Guerra Mundial.

Actualmente Japón cuenta con una de las tazas más grandes de suicidio en el mundo, en el año 2009 el número de suicidios fue, por doceavo año consecutivo, de más de 30,000 e incluso se ha vuelto la principal causa de muerte en las personas con menos de 30 años de edad. Las causas suelen ser principalmente sociales como la presión de perder un empleo o sufrir un divorcio. Incluso existen lugares a donde la mayoría de las personas van a cometer suicidio, el principal es el bosque Aokigahara, localizado en la base del monte Fuji, donde en el año 2010 más de 200 personas intentaron suicidarse, 54 de ellas murieron (Valdiviezo, 2013).

Existen diversos métodos de cometer suicidio en Japón, desde autosofocarse con una cuerda o una corbata hasta inhalar los gases del escape de un automóvil en funcionamiento hasta perder el conocimiento, también existe la opción de saltar desde un edificio alto o hacia las vías del tren cuando éste se aproxima, sin embargo estas dos últimas opciones hacen que, tras el fallecimiento del individuo, los familiares tengan que pagar una multa que varía en precio de acuerdo a lo que se debe limpiar de la ciudad así como a los retrasos en el caso de saltar a las vías del tren; hoy en día también existen páginas de internet que dan consejos y formas de suicidarse, muchas de las cuales se han llevado a cabo e incluyen la preparación de gases altamente tóxicos.

Por su parte, como ya lo mencionábamos, los yihadistas también entienden el suicidio de manera diferente que en el mundo occidental. El término Yihad aparece 41 veces en el Corán traducido como lucha. Existen dos interpretaciones de este término para la religión musulmana: la interna y la externa. En cuanto a la primera, se refiere a la lucha que se tiene con uno mismo y que tiene como finalidad el vivir la religión musulmana de acuerdo con el Corán. La segunda, involucra a terceras personas, defendiendo el Islam a cualquier precio, incluso con la lucha si esta llegase a ser necesaria.

El terrorista suicida islámico no considera que su acto sea un suicidio, ya que el Islam lo condena, sino que él lo interpreta como un acto de inmólación, es decir, es un mártir que pierde su vida terrenal con un fin concreto que es dar su vida en nombre de una causa o divinidad. El terrorista suicida ve la Yihad como un incentivo para inmólar, ya que al suicidarse llegará al paraíso automáticamente, donde será recordado como un héroe (Pérez, 2015).

Existen diferentes motivaciones para estos individuos: la religión y las ideas políticas y nacionalistas (Schweitzer y Shay, 2002). Generalmente, son personas influenciadas por un sector extremista de la sociedad que se ven envueltas en una lucha por los principios e ideales radicales que ellos mismos se han llegado a creer y que defienden con su vida.

Otra motivación es la emulación de otras suicidas. Muchas jóvenes intentan imitar a sus mayores para conseguir el reconocimiento social que éstas tuvieron al inmólar; por la subordinación al hombre y por la mejora de la situación familiar. En cuanto a motivaciones grupales, no se trata de potenciar el papel de la mujer, sino que muchas veces se debe a la escasez de miembros masculinos, bien porque están perseguidos o están empleados en otras actividades de manera simultánea; por ciertas ventajas tácticas, porque las mujeres pasan más desapercibidas, los controles a los que están sometidas son más suaves, no requieren gran entrenamiento y los efectos mediáticos son superiores.

Así como vemos en el Japón, en el Islam, o en la antigua Grecia, también el suicidio ha sido tema de debate en otros países, en casi todo el mundo, en donde su situación no es nada alentadora, ya sea por el significado que se le da o por el gran número de personas que pierden la vida debido a la conducta suicida. Para ello, habremos de definir qué es el suicidio de acuerdo con la visión psicológica.

1.2.- Definición.

De acuerdo a Jiménez-Ornelas y Cardiel-Téllez (2013), el suicidio es “el acto deliberado de quitarse la vida; este hecho es considerado grave y perjudicial tanto para el individuo que lo comete, como su contexto, debido a la intención destructiva que hay en él” (p. 206).

Otros personajes también han dado su punto de vista sobre lo que creen que es el suicidio, como Quintanar (2007) quien dice que es la acción de alguien de quitarse la vida voluntaria y deliberadamente, a través de un método directo o por el rechazo a un tratamiento indispensable para vivir. En esta segunda definición vemos la clara diferencia que existe en la anterior, y es que da un paso más alejado a la única forma de decisión sobre quitarse la vida, sobre actuar para crear esa acción, en esta vemos que implica el hecho de rechazar, de negarse a continuar recibiendo un tratamiento o una medicina para mantenerse con vida. Recuerda a la eutanasia por momentos, y a pesar de la cercanía de hay entre estos dos términos, también son por completo diferentes.

Una definición más de Durkheim, desde 1897 (ya hace varios años pero que aún continúa vigente) divide a la conducta suicida en tres tipos básicos de suicidio que nos permite ver una carga positiva y/o negativa en la conducta. Éstas son:

- 1.- Altruista: Se presenta cuando el individuo está demasiado integrado al grupo social y las costumbres exigen el suicidio bajo ciertas circunstancias con el fin de realizar un sacrificio, es decir, la persona se somete a la voluntad propia del grupo por la fuerte carga social que este posee.
- 2.- Egoísta: Es resultado de una falta de integración social en donde el individuo no está adaptado al entorno o ha sido expulsado de este sistema (familia, religión, sociedad, etc.), por lo que el aislamiento lo conduce a ensimismarse.
- 3.- Anómico: Es cuando ocurre un cambio repentino en el *status quo* de la relación entre una persona y la sociedad, entrando en una crisis ante los contratiempos de sus vidas (problemas económicos, desempleo, muerte de una persona cercana, etc.).

En esta última definición vemos la carga simbólica que existe en el acto y la conducta del suicidio. Se deja el primer plano de un acto deliberado, y una segunda instancia que se suma

a la renuncia de un tratamiento, ahora, en esta tercera instancia, logramos ver que el acto en sí mismo tiene una intencionalidad, tiene un elemento que lo hace significativo para el individuo que lo comete y para los grupos que lo rodean. Esto no significa que la conducta recaiga por completo en alguno de estos dos, si bien es cierto que se cree que la conducta puede ser detonada por una serie de eventos desencadenantes, también es cierto que no sucede de un día para otro.

Algunas definiciones más que podemos revisar es su etimología, pues proviene de dos expresiones latinas: *sui* y *occidere* que significan “matarse a sí mismo” (García-de-Jalón y Peralta, 2002). Pero no solamente la muerte es el objetivo en una persona suicida. En algunos casos, la búsqueda del dolor o de sentirse mal es la meta. Por otro lado, se entiende como conducta suicida a “toda acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independiente de la letalidad, del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte del individuo” (Mesa, 1990, p. 256).

Es evidente que todas ellas hablan sobre el acto en sí mismo de quitarse la vida, pero no hemos llegado al punto de conocer qué es lo que lo detona o cuál es el motivo que hace que se presente. A esto hace referencia Gómez (1996), cuando señala que el suicidio es el paso final de un fracaso progresivo en la etapa de adaptación (niñez, adolescencia, adultez), el cual no se da ni por impulsividad, no es impredecible o inevitable, ni se da de una forma repentina; y también Montalbán (1998, en Morales y García, 2005) al decir que el suicidio es un acto consumado que desemboca en la muerte, en el que se manifiestan conjugadas las ideas, planes intentos suicidas de quien lo ejerce del cual no hay retorno ni posibilidad de crear e implementar una acción que prevenga la conducta suicida.

Para ello habrá que revisar los comportamientos de riesgo. Pero antes de ello, echemos un vistazo a los componentes de la conducta suicida.

1.3.- Ideas, Planes e Intentos Suicidas.

En palabras de Kohli, Salyakina, Pfenning, Lucae, Horstmann, Menke, Kloiber, Hennings, Bradley, Ressler, Uhr, Müller-Myhsok, Holsboer y Binder (2010), el espectro completo del

comportamiento suicida está conformado por tres partes que son: ideación suicida, intento suicida y el *exitus letalis* (muerte por suicidio).

Debido a que los pensamientos son imposibles de ver, no podemos llegar a saber qué es lo que está pensando una persona y, por ende, no saber quién y/o qué pensamientos suicidas ha llegado a tener. Si en dado caso, una persona llega a mencionar que lo ha pensado, tampoco llegaremos a saber la cantidad de veces que lo ha hecho, la intensidad y la manera en que ha llegado a él. Pero también es cierto que, aunque los pensamientos no sean visibles, sí lo son las acciones, el comportamiento, y en una gran cantidad de personas que tienen pensamientos suicidas cambian su forma de ser, su conducta se modifica dejando de realizar algunas actividades.

Levy y Deykin (1989, en González, 1996) señalan que las ideas suicidas llevan consigo un conflicto interior asociado con la baja autoestima y la desesperanza, siendo un síntoma frecuente entre el suicidio y otros más que pueden devenir en el consumo de sustancias o en la depresión. Algunos factores que pueden encontrarse como de riesgo podemos verlos claramente más adelante, siendo los ya mencionados (baja autoestima, desesperanza, depresión) algunos de ellos y que se presentan en mayor medida en los adolescentes.

De igual manera, Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006) comentan que las ideas suicidas son las fundadoras del proceso inicial para el suicidio, pues es el momento en que comienzan los pensamientos sobre quitarse la vida. El hecho es que las ideaciones no llegan de la nada y para que ello ocurra debería darse una serie de eventos que permitieran su aparición.

No se trata de buscar culpables, pero es cierto que la exposición de este tema en la gran cantidad de medios de comunicación, así como en la literatura y en conversaciones cotidianas, combinado con los problemas del transcurso de la edad o de problemas familiares, puede ser un sitio de donde provenga y haga sitio en la mente del individuo, creando no sólo un pensamiento sobre el tema sino una ideación que lo pueda llevar al intento.

De acuerdo a Nizama (2011), la división del comportamiento suicida puede explicarse de la siguiente manera:

1.- La Ideación Suicida. Comprende un amplio espectro de pensamientos que pueden encontrarse en las diferentes presentaciones que se muestran a continuación:

- El deseo de morir.
- La representación suicida.
- La idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción.
- La idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico.
- La idea suicida con una adecuada planificación.

Sin embargo, González (1996), en múltiples estudios ha destacado que las ideas suicidas se asocian a las conductas suicidas, considerando que son parte esencial de estas conductas y que abarcan tanto a los pensamientos y los intentos suicidas como al suicidio.

Esto significa que, aunque la ideación suicida se encuentre presente en un individuo, que los pensamientos se encuentren de una manera persistente en la mente de alguien, no precisa un intento para que sea evidente, sino que puede omitir este paso y dirigirse de manera directa a la consumación de sus pensamientos.

2.- El Intento Suicida. Cuando el individuo ejecuta la acción, pero no llega al objetivo final, es decir, al fallecimiento, siendo que no lo logra por alguna razón, impericia o falla en el método.

Stengel (1965), nos da una definición del intento suicida como cualquier acto de perjurio infringido con intención autodestructiva la cual es ambigua o vaga, es decir, el intento no termina en la ejecución del suicidio. Quizá sea lo más claro el tener en cuenta las otras vertientes de la conducta suicida. El intento es evidente pues ya ha actuado, la diferencia es que hay un individuo que logra frenar el objetivo.

Es por ello que se precisa una presencia del cuidado hacia la persona que presenta ésta conducta a base de psicoterapia como primer acercamiento.

Este momento de ser encontrado antes de terminar con la vida puede no ser casualidad. A este respecto, Luis (2003) menciona que el intento suicida es un “grito de socorro” en el que el sujeto comunica un mensaje desesperado de sufrimiento y angustia con la esperanza de recibir ayuda.

No es algo que se deba tomar a la ligera, el encontrar a alguien que pase por un momento de debilidad y que su única o última opción para actuar sea el suicidio. Cualquiera puede pasar por momentos en los que se sienta que nada está a nuestro favor, pero es necesario identificar a aquellas personas que toman aquellos momentos de impotencia para evitar que lleguen, si es posible, al intento de suicidio, y más, al suicidio.

Para evitar esto, es necesario tener en cuenta las características que Marchiori (1998) nos muestra a continuación:

- Tentativa sin daño: El medio que se elige no produce daños físicos.
- Tentativa leve: Las armas elegidas no son de suma gravedad y se llegan a crear daños leves.
- Tentativa grave: Las armas o medios usados para realizar el acto suicida no provocan lesiones de gravedad.
- Tentativa gravísima de suicidio: El individuo tiene una idea de muerte y un profundo estado depresivo, lleva a cabo su comportamiento suicida, pero un elemento circunstancial impide su muerte. La persona presenta heridas físicas gravísimas.

3.- El Suicidio Consumado. Cuando el individuo logra llegar al objetivo de terminar con su vida, ya sea después de intento o siendo ese su primera vez.

Además de lo ya mencionado más arriba sobre lo que es el suicidio, Bechler (1975, en Sarro y De La Cruz, 1991) menciona que el suicidio es un comportamiento que busca y encuentra una solución al conflicto existencial por medio de la muerte. Hay que recordar que el suicidio consumado puede no haber pasado por el intento o que este mismo sea proclive a ser el último, así pasaría a ser la última opción del individuo para la crisis que vive en esos momentos. El conflicto existencial que se menciona puede ser por cualquier motivo que sea ya que al no ser trabajado con psicoterapia puede desbordarse hasta ser insoportable y devenir en el suicidio.

Ahora sí es menester saber qué motivos y conductas de riesgo son las que devienen en las conductas de suicidio.

1.4.- Comportamientos de Riesgo.

Existen conductas o comportamientos que, desde antes de que el individuo pensara siquiera en el tema del suicidio, van apareciendo continuamente hasta que crecen y no hay manera de detenerlas. Éstas conductas son, en su mayor parte, algunas causas de que el suicidio sea la conducta final en el individuo. Es importante saber que ningún individuo puede saber lo que piensa otro, saber qué cosas son las que se encuentran en su mente y así conocer que está pensando en el suicidio, pero sí es cierto que se pueden observar cambios en la conducta o ver que han aparecido otras que antes no se encontraban en el individuo y que posibilitan una mayor identificación del problema antes de que sea tarde.

El consumo y el abuso de drogas se encuentran entre los factores que aumentan el riesgo de que se presente una conducta suicida (Wong, Zhou, Goebert y Hishinuma, 2013). El porcentaje de las personas que se encuentran dentro del consumo de drogas y que tienen tentativas de suicidio se encuentran del 25 al 50% (Martínez-Gallardo y Corominas-Castell, 1991) y que ésta puede ser una manera en la que el individuo que ya ha realizado intentos o que planea llegar al suicidio elija una manera específica con mayor severidad (Da Silveira, Marques-Fidalgo, Di Pietro, Santos-Jr. y Oliveira, 2014).

Este hecho hace que la identificación de las conductas del consumo de drogas sea importante ya que se presenta desde la adolescencia y hace que la conducta suicida aparezca junto con ella, y no sólo afecta al individuo en su vida diaria sino en todas las actividades que tenía.

La desesperanza, como la sensación de imposibilidad absoluta de obtener una determinada cosa o de que ocurra algo que pueda cambiar la realidad existente, va generando impotencia y culpa que conduce al abandono de la lucha por la vida (Sarmiento, Sánchez, Vargas y Álvarez, 2010).

Un individuo puede soportar grandes niveles de desesperanza pues sabe que estos momentos no son para siempre y que vendrá algún otro mejor, pero alguien que se encuentra con pensamientos suicidas o con alguna ideación, son más probables de que la desesperanza, los sentimientos de impotencia, el agotamiento, la culpa y el fracaso pueden llegar a ser una combinación de agitación y confusión que facilite la aparición de la conducta suicida (Beck, Brown y Steer, 1989).

Por los trabajos de Goodwin y Jamison (1999) se consideraba que el 15% de los pacientes con un trastorno depresivo mayor se suicidaban. En años posteriores se han cuestionado estas proporciones mencionando que son excesivas. Aun así, no podemos dejar de evidenciar la clara cantidad de personas que, tras un síntoma de desesperanza o depresión han llegado al suicidio.

El factor de riesgo de ausencia de apoyo social y familiar es más probable en la conducta suicida. Esto puede estar dado por dos mecanismos: en primer lugar, puede reflejar la sensación del sujeto de que no es necesario, significativo o útil dentro del grupo social en que se desenvuelve; y, en segundo lugar, con su aislamiento reduce las posibilidades de recibir apoyo y evitar la conducta suicida como solución. Debe tenerse en cuenta que el suicida necesita apoyo social de tipo emocional valorativo. El contacto humano posibilita amortiguar la tensión y tristeza, y aumenta el sentimiento de solidaridad (Miro, 2005).

Es fácil determinar que todo aquel individuo que sea maltratado física o emocionalmente, sentirse no agraciado, desanimado, incapaz, solo, rechazado, estresado, inferior, frustrado, inseguro, no querido, presionado por la sociedad, etc., pueda ser proclive a intentar un suicidio y llegar a consumarlo. Es por ello que todos los grupos sociales deben tener en cuenta ello y así crear campañas para todos aquellos individuos que puedan entrar en alguna de aquellas características y así evitar el suicidio.

González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramírez (2001) encontraron en un estudio que realizaron en la población adolescente del Centro Histórico de la Ciudad de México que el 3% de los varones y el 7% de las mujeres manifestaron haber experimentado abuso sexual de los cuales el 11% de las mujeres y el 4% de los hombres habían llevado a cabo una tentativa de suicidio.

Los maltratos, la tristeza por la desesperanza o por los malos momentos vividos, junto con la planeación del suicidio suelen ser la pauta para que la persona decida terminar con su vida. Pero además de estas características emocionales y psicológicas, también hay factores psiquiátricos que pueden llegar al suicidio si no son bien atendidas.

Morón (1992) menciona que el suicidio como factor psiquiátrico se inscribe en el marco de la afección mental donde pueden verse involucrados distintos trastornos como son: la epilepsia, los delirios crónicos, la esquizofrenia, los estados depresivos y las afecciones del

sistema central. Varias personas que presentan alguna de estas afecciones son proclives a desarrollar una conducta suicida, es por ello que un buen cuidado podría reducir la probabilidad de su aparición.

De acuerdo con Black y Winokin (1990, en García, 2006) el 90% de los pacientes con enfermedades psiquiátricas son los que cometen la mayor parte de suicidios. Esto debido, en parte, al trabajo de las personas que laboran en éstos centros psiquiátricos, la poca preparación en psicoterapias basadas en la evidencia que tienen los estudiantes desde sus clases en licenciaturas y carreras, y también debido al poco cuidado que tienen los hospitales, la poca higiene y el descuido de los gobiernos hacia las personas que residen ahí.

Cada una de las conductas mencionadas no deben tomarse a la ligera pues, además de ser un indicio de un padecimiento en sí mismo también puede serlo de la conducta suicida. Si cualquiera ve que uno de sus familiares, amigos o conocidos está experimentando un cambio en éstos aspectos, será imprescindible monitorear para evitar que aparezca un pensamiento suicida, y así crear un soporte.

1.5.- Tres Enfoques Psicológicos sobre el Suicidio.

Es difícil encontrar una explicación que logre encajar para todo individuo y así cerciorarse de cómo llevar a cabo una buena psicoterapia o, al menos, saber cómo trabajar con las personas para que los pensamientos no avancen y se conviertan en suicidios.

Para ello hemos decidido que explicaremos, en tres enfoques de la psicología, el tema del suicidio, cómo lo abordan y alguna señal que nos indique cómo sería una psicoterapia para aquellos individuos que mostrarán o que ya han mostrado una señal de una conducta suicida.

1.5.1.- Psicoanálisis.

Debido a que el suicidio sólo fue observado por Freud como una situación que sucedía en aquellos años, Lacan fue quien abordó el suicidio como tal en sus trabajos. Desde el punto de vista del segundo se refiere al suicidio más dentro del *acting out*, es decir, como un pasaje

al acto o el acto mismo que decide el individuo. Pero no habría manera de explicarlo sin las observaciones que hizo Freud acerca de él.

Quizá el primer vistazo de Freud al suicidio se puede encontrar en su obra Observación de Un Caso Severo de Hemianestesia en un Varón Histérico. En esta obra Freud nos menciona que “el enfermo fue acusado de hurto por una mujer, le sobrevinieron fuertes palpitaciones, estuvo tan deprimido durante unos catorce días que pensó en suicidarse, y al mismo tiempo le sobrevino un temblor violento en las extremidades del lado izquierdo...” (Freud, 1886, p. 23).

En La Etiología de la Histeria, Freud (1896) considera que el suicidio, junto con otros actos que realizan las mujeres denominadas histéricas, a pesar de resultar exageradas a los ojos del espectador, responden a un acontecimiento el cual ha cobrado retroactivamente un valor traumático gracias a un suceso actual, en razón de la no tramitación del afecto que dicho recuerdo despertaba al encontrarse inconsciente, es decir, que el suicidio no aparece de la nada sino que se trata de una activación de los recuerdos debido a un evento que lo desencadena, para ello, el trauma actual es suficiente para que la memoria haga aparecer el pensamiento del suicidio.

Será hasta Psicopatología de la Vida Cotidiana en donde Freud (1901) le otorgará al suicidio un estatus psicopatológico ya que, a propósito de los yerros que pueden causar graves daños a quien los cometen, menciona:

Es sabido que en casos graves de psiconeurosis suele aparecer, como síntomas patológicos, unas lesiones autoinferidas, y nunca se puede excluir que un suicidio sea el desenlace del conflicto psíquico [...] Hay en permanente acecho una tendencia a la autopunición, que de ordinario se exterioriza como autorreproches, o presta su aporte a la formación de síntoma; ella saca hábil partido de una situación externa que por casualidad se le ofrece, o aun ayuda a crearla hasta alcanzar el efecto dañino deseado. (Freud, 1901, p. 175)

De igual manera menciona más adelante:

[...] junto al suicidio deliberado conciente existe también una autoaniquilación semideliberada con propósito inconsciente que sabe explotar hábilmente un

riesgo mortal y enmascararlo como azaroso infortunio [...] En efecto, la tendencia a la autoaniquilación está presente con cierta intensidad en un número de seres humanos mayor que el de aquellos en que se abre paso. Las lesiones infligidas a sí mismo son, por regla general, un compromiso entre esa pulsión y las fuerzas que todavía se le contraponen, y aún en los casos en que realmente se llega el suicidio, la inclinación a ello estuvo presente desde mucho tiempo antes con menor intensidad, o bien como una tendencia inconsciente y sofocada. (p. 176-177)

En otro de los análisis realizados por Freud, *A Propósito de un Caso de Neurosis Obsesiva*, se considera que la génesis de las ideaciones suicidas es un gran monto de ira, que es ajeno a la consciencia, contra una persona que perturba el acceso al objeto amado. En la consciencia del obsesivo, señala Freud (1909, p. 148) “todo el proceso marcha, bajo el más violento afecto, en secuencia invertida el mandamiento de castigo adelante, al final la mención de la concupiscencia punible”. Una vez más se puede observar en esta obra la relación entre el suicidio y la culpa, pero entendidas en tanto que los pensamientos suicidas le retornan al sujeto como efecto de la ira reprimida por un otro que interviene entre el sujeto y un objeto amado, es decir, que se encuentra en medio de los dos.

Ya sería en *Tótem y Tabú* donde Freud daría una definición un poco vaga, pero de igual importancia acerca de los pensamientos suicidas, pues dice que “los impulsos suicidas de nuestros neuróticos resultan ser, por regla general, unos autocastigos por deseos de muerte dirigidos a otros” (Freud, 1913, p. 155).

En el texto siguiente podemos ver la relación que Freud crea a partir de la melancolía una suerte de explicación vinculada al suicidio y a la definición anterior, en su obra *Duelo y Melancolía* (1917):

Desde hace mucho sabíamos que ningún neurótico registra propósitos de suicidio que no vuelva sobre sí mismo a partir del impulso de matar a otro [...] el yo sólo puede darse muerte si en virtud del retroceso de investidura de objeto puede tratarse a sí mismo como objeto, si le es permitido dirigir contra sí mismo esa hostilidad que recae sobre un objeto y subroga la reacción originaria del yo hacía objetos del mundo exterior. Así, en la regresión desde la elección narcisista

de objeto, este último fue por cierto cancelado, pero probó ser más poderoso que el yo mismo. (p. 249)

En *Contribuciones para un Debate sobre el Suicidio* (1910) se expresa de la siguiente forma:

Ahora bien, la escuela media tiene que conseguir algo más que no empujar a sus alumnos al suicidio; debe instilarles el goce de vivir y proporcionarles apoyo, en una edad en que por las condiciones de su desarrollo se ven precisados a aflojar sus lazos con la casa paterna y la familia. (p. 231)

Conforme a la frase anterior, el suicidio no se vuelve un acto de una sola persona que pasa del pensamiento al acto sino de una serie de variables que hacen que la ideación aparezca. La responsabilidad de la escuela, de la familia, de los amigos para con el individuo es de vital importancia para que ninguno de los integrantes, de aquellos círculos, tengan conductas suicidas.

Ya en años posteriores, Lacan comenzaría a ver que todo acto es palabra y que todo acto sólo puede aparecer en el hombre, de esta manera intentaría explicar la conducta suicida a través de estatutos: *acting out*, pasaje al acto y acto.

Los intentos de suicidio entrarían en la categoría de *acting out* pues se realiza un llamado al Otro, ya sea de cualquier manera, en donde se informe toda razón del porqué el individuo ha decidido suicidarse, esto forma parte de una preocupación que quiere que sobreviva a través y después de su muerte.

El suicidio se entendería como un pasaje al acto pues el sujeto se anula como un sujeto pensante y afirma ser un objeto. Así lo da a entender Lacan (1963, en Slimobich, 1996):

Ese "dejar caer" es el correlato esencial, como les indiqué la vez pasada, del pasaje al acto. Pero, en el pasaje al acto, ¿de qué lado es visto ese dejar caer? Precisamente, del lado del sujeto. El pasaje al acto está, si así lo quieren, en el fantasma, del lado del sujeto, en tanto que aparece borrado al máximo por la barra. En el momento del Mayor embarazo, con la adición comportamental de la emoción como desorden del movimiento, el sujeto, por así decir, se precipita desde allí donde está, desde el lugar de la escena donde sólo puede mantenerse

en su estatuto de sujeto como sujeto fundamentalmente historizado, y cae esencialmente fuera de la escena: tal es la estructura misma del pasaje al acto.

(p. 22)

haciéndolo sin rodeos, sin cartas de despedida y sin hacerlo del conocimiento de Otro, evitando convertirse en fantasma.

Por supuesto, no se puede generalizar que todos los intentos suicidas se encuentren dentro del *acting out* y todos los suicidios consumados sean parte del pasaje al acto, pueden existir suicidios consumados en su primer intento, y existir suicidios que en su intento por consumarse no lleguen a hacerlo.

La muerte sería la forma radical en que el sujeto se transforma. Sin embargo, esto nos plantea ciertas dificultades, ya que el acto responde a la lógica del *après-coup*, por lo que sería necesario que el sujeto retornara de tal forma que este reencuentre su presencia renovada. Una forma de entender esta supuesta contradicción es por medio del valor significativo que Lacan le otorga al suicidio (Vargas, 2010).

Más adelante, Lacan habla acerca del suicidio como un acto en donde el hombre se vuelve eterno debido a la decisión sobre quitarse la vida, deja su nombre impregnado en la historia y vivirá en la memoria de los demás, aunque ya no exista de manera física. Además, le confiere un sentido mayor al suicida debido a que la decisión de hacerlo es mucho mayor, cosa que hace que el hombre deje de ser un simple hombre y se vuelva algo más simbólico.

Hemos visto la aparición del suicidio desde Freud, en donde la observación y la literatura es poca ya que se enfoca en darnos una descripción de lo que va sucediendo a su alrededor con sus pacientes y con él mismo. Sus obras, mientras van creciendo y se van acercando a los trabajos más académicos también plantea una definición más específica de lo que es el suicidio, pero no logra abrigarlo como un hecho específico.

Es hasta Lacan en donde se puede diferenciar la decisión que tiene el individuo sobre sus emociones y sobre su vida para que la ideación y los pensamientos suicidas se convierten en un acto, en un *acting out*.

1.5.2.- Psicología Humanista.

La Psicología Humanista surge en Estados Unidos en 1962 y lo hace tratando de alejarse de las ya conocidas corrientes como el conductismo y el psicoanálisis, enfocándose más en el individuo y en sus emociones y alejándose de la objetividad que las anteriores intentaban impregnar sobre ellos. La Subjetividad y la Experiencia Interna de la persona, como un todo y no en partes, era lo más importante para ellos.

Así mismo desarrollar una nueva disciplina que investigue los fenómenos más positivos y sanos del ser humano como el amor, la creatividad, la comunicación, la libertad, la capacidad de decidir, el cambio terapéutico, y sobre todo, la autenticidad y el arte de ser uno mismo, porque de allí debía provenir el sentido de respeto y responsabilidad; desde ese núcleo del Ser, puede surgir un camino del existir que sea sano o sabio, equilibrado y pleno, la autenticidad como un proceso de auto- aceptación y aceptación de todo lo que existe (Riveros, 2014).

Debido a que el enfoque humanista trata del estudio del individuo en el aquí y ahora, el suicidio es un tema interesante y trágico en sus obras. Cada autor tiene una perspectiva sobre lo que define al suicidio.

Jasper dice que el ser humano en la búsqueda de sí mismo conoce así sus propios límites por medio de situaciones límites que se presentan en su vida. Es decir, que después del intento suicida, entendiendo este como una situación límite, el sujeto puede recobrar el sentido de vida, porque ya conoce sus límites y aprendió a partir de esa experiencia vivida (Araya, Lazcano, Gainza, Undiks y Herrera, 2009).

Para la psicología humanista, la percepción y la vivencia de la libertad, la responsabilidad y la autodeterminación, el cumplimiento de metas vitales, la visión positiva del futuro, de la vida y de sí mismo y la autorrealización, son características vitales para que el individuo logre vivir de manera alegre. Cuando no se logra obtener alguno de éstos, es cuando se origina una frustración que se asocia con la desesperanza que se caracteriza por la duda sobre su sentido de vida, por un vacío existencial que se manifiesta en un estado de tedio, con una percepción de falta de control sobre su propia vida y una ausencia de metas vitales (García-Alandete, Gallego-Pérez y Pérez- Delgado, 2009).

Además de los factores ya mencionados, Herrera (2012) menciona otros como: la noción de sujeto, en donde se intenta comprender la manera en cómo se entiende el ser humano y desde allí identificar desde donde se puede trabajar; el concepto de agresión, refiriéndose a la forma en la que el sujeto puede canalizar de formas negativas su agresión para atentar contra su propia vida que se genera por una falta o vacío existencial; y por último el vacío existencial que es un concepto que se presenta en el humanismo entendiéndose como la explicación de una de las mayores causas por las que se puede llegar a presentar un intento de suicidio.

En este sentido si el individuo no ha llegado a encontrar un sentido para su vida, algo que le agrade de verdad y le de vitalidad se encuentra en un punto crítico que en algunos casos puede llevar al ser humano a tomar decisiones que quizá antes temía, pero que ahora son deseadas como el intento suicida, impulsado en muchas ocasiones por un vacío existencial en donde toma el suicidio como una alternativa para su falta de sentido de vida.

La frustración que embarga a individuo puede llegar a darse en forma de intento de suicidio o en completarse en un suicidio consumado, pero la decisión de que suceda es de la misma persona, tomando la decisión bajo sus propios términos, pensando de manera holística en la situación.

1.5.3.- Enfoque Cognitivo-Conductual.

En el modelo Cognitivo-Conductual se intentan aprovechar las dos vertientes para crear un modelo que abarque más aspectos que uno por sí mismo dejaría en falta. Por su lado el Conductismo se basa en las conductas observables, en los aspectos objetivos, medibles y cuantificables, para así tomar medidas sobre ellos y crear una base sólida que permita trabajar sobre las conductas, ya sea para modificarlas o para mantenerlas o extinguirlas. Desde la aparición de los principios que dictaron Pavlov y Skinner se ha estado avanzando con sus premisas y así perfeccionar esta corriente.

Por su parte, el enfoque Cognitivo da más importancia a los pensamientos y las sensaciones que cada sujeto experimenta, pero sin dejar de lado que la conducta también es algo vital en su estudio.

Se muestra especial énfasis en las creencias personales, las actitudes, las expectativas, las atribuciones y otras actividades cognitivas para procurar entender y predecir la conducta, especialmente la conducta psicopatológica (Batlle, 2008). Esta teoría asegura que los individuos son participantes activos en su entorno, juzgando y evaluando estímulos, interpretando eventos y sensaciones y aprendiendo de sus propias respuestas.

La unión de estas dos teorías sugiere que incluso los procesos de condicionamiento que tradicionalmente se han considerado muy automáticos y extracognitivos, pueden estar muy mediatizados por variables cognitivas, es decir, que la conducta puede no ser sólo un elemento que pueda trabajarse para modificarla, sino que cada una de ellas es un cúmulo de variables en donde se encuentran procesos cognitivos que la hacen más compleja.

El modelo Cognitivo-Conductual básico de la Conducta Suicida inicia con una explicación acerca de su etiología y mantenimiento, que como consecuencia de la activación de esquemas disfuncionales, las personas desarrollan una triada cognitiva depresiva: una visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro, sobredimensionada esta última en pacientes con Conducta Suicida, cuyos patrones cognitivos están relacionados con la múltiple sintomatología del proceso suicida y el síndrome depresivo, como el caso de las personas con abulia, que es una disminución o pérdida de la voluntad hacia acciones concretas (propia de estos pacientes), con elevada desesperanza y pesimismo (Toro, 2013).

En el trabajo de Henriques, Beck y Brown (2003), resaltan acerca de la intervención cognitiva de la Conducta Suicida que la característica central es la identificación de los pensamientos automáticos, junto con las creencias nucleares que se activaron justo antes del intento suicida, y luego, con los componentes cognitivos particulares identificados, algunas de las estrategias Cognitivo-Conductuales se aplican para desarrollar formas más adaptativas de pensar acerca de sus situaciones de un modo más funcional y de responder durante periodos de estrés emocional agudo.

De esta manera, el objetivo del trabajo en el enfoque Cognitivo-Conductual es reducir la conducta suicida con los siguientes elementos claves:

- El desarrollo de medios eficaces para hacer frente a la desesperanza y a la conducta objeto suicida.

- Involucrar a los pacientes rápidamente en el tratamiento para reducir la deserción.
- Aumentar el uso adaptativo de los servicios de salud.
- Aumentar el uso adaptativo del apoyo o soporte social.

Así mismo, la terapia consistiría en encontrar aquellos pensamientos que el individuo supone son ciertos y que lo pueda llevar a la ideación suicida, evitando, como en todo objetivo de cualquier enfoque, que el suicidio llegue a consumarse. La conducta se vería a través de aquellos cambios que, a través del comportamiento se puedan modificar para que el sujeto vuelva a obtener un beneficio corporal o emocional de ellas.

2.- El Suicidio en Adolescentes Universitarios

Ser adolescente hoy en día conlleva una carga estereotípica caracterizada por ambivalencia, cambios biológicos y sociales, contradicciones, debilitamiento de valores tradicionales, indecisión ante las responsabilidades que ha de asumir, egocentrismo, hedonismo y la búsqueda y redefinición de identidad (Giddens, 2000). Todo ello coloca a la juventud en una situación de vulnerabilidad ante la falta de oportunidades y espacios, lo que puede repercutir en su salud emocional.

Las responsabilidades que los adolescentes comienzan a vivir se encuentran con conjunto con los cambios, con el nuevo mundo social al que les toca asistir, a la incompreensión de sus emociones y a las adversidades. El cambio mayor es el paso de la preparatoria a la universidad, donde todo es nuevo, donde las elecciones corren por cuenta propia y donde las experiencias son vividas al máximo. Es por ello que en este capítulo abordaremos lo que es la adolescencia y un poco de los cambios que se producen en todos los aspectos; entraremos en el tema del suicidio en el mundo, poniendo como ejemplo algunos sitios, para después llegar a México y, de manera específica, a los jóvenes universitarios mexicanos.

2.1.- Adolescencia

Según los criterios de algunos investigadores, la adolescencia es el período comprendido desde los 11-12 años hasta los 14-15 años, aunque existen otros que la extienden un poco más, hasta los 17- 18, llamando a este lapso adolescencia tardía (Medina, 2006). Dependiendo del autor, cada uno da una clara referencia acerca de la edad promedio en la que esta etapa comienza y termina. Además, no sólo se toma en cuenta la edad biológica como punto de referencia, sino que también se toma como comparación el desarrollo corporal, psicológico, emocional y el proceso de socialización.

Aun cuando han adquirido el status de adultos de manera legal (lo que se cumple cuando llegan a los 18 años; y teniendo en cuenta que en esta tesis usaremos el término adolescentes y jóvenes como sinónimos) con la posibilidad de asumir las responsabilidades como sujetos civiles: tener derecho a votar, obtener el permiso de conducir, emanciparse de la familia, etc., permanecen todavía en el lecho familiar. Esto lleva a tener que renegociar las

relaciones familiares para hacerlas simétricas de manera que fomenten el desarrollo y la autonomía de sus miembros (González- Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez, 1998).

En su paso hacia la edad adulta, el individuo tiene que hacer las paces con la imagen del padre, y la joven con la imagen de la madre. Tiene que encauzar sus fuerzas para delimitar los contornos de su personalidad. La identidad sexual, masculina o femenina, adquiere entonces su forma definitiva e irreversible. La estabilización de la autoestima constituye un logro importante para el reconocimiento mutuo que implica la identidad en la interacción entre el individuo y su entorno (Lorimier, 1991).

En esta etapa también hay una maduración de carácter psicológico, no sólo se trata de vivir los cambios que ocurren desde unos años antes, sino del manejo que hay de ellos. Un individuo puede sentir que ha crecido, que le ha cambiado la voz, que su piel o su olor también cambia, y utiliza medios para que no se note en demasía y cuidar ese aspecto, pero en la cuestión psicológica no es fácil encontrar mecanismos que ayuden a controlar estos cambios. Desde las controversias con los adultos por no formar parte de ellos, hasta la indiferencia con los más pequeños por dejar de sentirse como uno. La búsqueda de una personalidad propia hace que todo su interior se tambalee.

Aunado a ello, la realización de planes y la suma de las expectativas, junto con las responsabilidades y obligaciones que la edad procura en ellos, abruma al sujeto haciendo que olvide algunas o que no las haga, permitiendo al individuo que se enfoque en unas y no en otras. Esto puede ser perjudicial debido a que se concentra en realizar las que no le dan beneficio inmediato y la frustración aparece, creyendo que lo que hace no sirve.

El adolescente, hoy en día, es difícil que encuentre un marco de referencia estable que sea capaz de orientarlo; la sociedad vive en lo inédito y debe hacer uso de la inventiva. Situación que no le cuesta ningún trabajo al joven pues ellos y ellas también tienen sus ideas de reformar el mundo en el que viven.

Quizá lo que más caracteriza a esta época es la demanda de libertad y la autonomía que comienza. Una vez más, vemos una fase de doble filo: por un lado, el aprendizaje que tiene el adolescente es vital para que en una etapa mayor aprenda a desempeñarse por sí solo, pero por el otro se aleja de los círculos que pueden mantenerlo en un estado de quietud, de alegría. Esto es lo que a veces falla y termina en hacer creer al individuo que no tiene a nadie, que no

hay una persona en la que pueda apoyarse ni confiar. Los pensamientos suicidas pueden aparecer en esta época debido a ello, y su probabilidad de convertirse en un intento o en una muerte por suicidio aumenta.

2.2.- El Suicidio en Adolescentes Universitarios

“El suicidio en jóvenes de 15 a 29 años es la segunda causa principal de muerte en el mundo” (OMS, 2014) y la tercera causa de muerte en adolescentes de 15 a 19 años en México. La conducta suicida se ha presentado con mayor frecuencia entre los 15 y 24 años de edad. En 2007, en México, el 27% de las personas muertas por suicidio estaban en este grupo de edad (Borges, Medina-Mora, Orozco, Ouéda, Villatoro y Fleiz, 2009) y se ha convertido en la segunda y tercera causa de muerte para las mujeres y los hombres, respectivamente, en edades entre los 14 y 19 años.

Los seres humanos nacen en sociedades, y estas sociedades atienden un discurso social, histórico y cultural desde que un ser humano aparece en ellas. La inclusión de cada uno de los individuos hace que el tema del suicidio sea un tema extremadamente silencioso. Pero es curioso observar que, aunque las mujeres tengan un número elevado de intentos, son los hombres los que tienen un mayor número de suicidios. Esto se puede observar en los adolescentes universitarios.

Cuando el adolescente piensa en el suicidio, seguramente es porque se encuentra atrapado en alguna situación incómoda. De acuerdo con Quinnett (1997), una de las cosas que pasan cuando el adolescente piensa en quitarse la vida, es que lo ven como una salida para esa situación, por lo tanto, comienzan a sentirse mejor hasta que va elevando la conducta, del pensamiento a la ideación, y de la ideación al suicidio.

El suicidio es la principal causa de muerte en los países asiáticos, mientras que en los países occidentales se trata de la tercera o cuarta causa de muerte. De acuerdo a ello, también se puede observar la diferencia existente entre estas dos culturas en el medio más usado para terminar con sus vidas. Aunque en todo el mundo se encuentran los trastornos mentales y el abuso de sustancias tóxicas como factores dominantes, en occidente, las armas de fuego son

más comunes en los adolescentes, y en oriente los trastornos de impulsividad y de adaptación tienen un rol importante. Además de usar lugares específicos como el hogar.

En Cuba es la novena causa de muerte a nivel nacional, y la tercera en el grupo de edad comprendida de 10 a 19 años. La cantidad de hombres es predominante a comparación de las mujeres (Ministerio de Salud Pública, 2015). La investigación ha mostrado la importancia de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales, culturales y las condiciones económicas desfavorables que intervienen en la determinación de los comportamientos suicidas. Desde la época de la colonización, los indígenas se ahorcaban de los árboles antes de resignarse a ser esclavos. Los países de Guyana y Surinam son los que se encuentran con las tasas más altas a nivel mundial.

En los Estados Unidos, durante el año 2012 se reportaron 4,872 suicidios de personas jóvenes entre las edades de 15 a 24 años, para una tasa de 11.1 en dicha población (American Association of Suicidology, 2014). En cuanto a la población estudiantil estadounidense arrojaron que, en el 2013, el 8% del estudiantado de escuela superior auto informó haber intentado suicidarse una o más veces en los 12 meses previos. Asimismo, un 13.6% reportó haber elaborado un plan para el intento y el 17% haber considerado seriamente el intentarlo durante los 12 meses previos. Las cifras de intento, elaboración del plan y la consideración del intento fueron más altas en féminas que en varones (Centers for Disease Control and Prevention, 2013).

El caso se pone más difícil si, como expresan Mohler y Earls (2001), las estadísticas podrían ser más altas para este grupo dado que los casos de muertes por accidentes automovilísticos de un solo conductor, envenenamientos y por causas no determinadas pudieran, de hecho, ser actos suicidas.

Una investigación en Colombia por Villalobos-Galvis (2009), con 463 estudiantes entre los 9 y 30 años de edad, arrojó que el 30% (n=138) había presentado conducta de riesgo suicida en su vida. También se encontraron que los grupos con mayor incidencia de conducta suicida fueron las mujeres jóvenes entre los 17 y 20 años, y estudiantes de la universidad, continuando con lo mencionado anteriormente de que las mujeres son las que presentan una conducta elevada del suicidio.

En Chile se ha registrado un aumento en la conducta suicida entre jóvenes de ambos sexos. Una investigación realizada con 460 estudiantes universitarios que recibieron servicios psicológicos y psiquiátricos, arrojó que el 6.3% (n=29) había realizado algún intento suicida en un periodo previo a seis meses y el 6.1% (n=28) reportó ideaciones suicidas recientes, es decir, en los últimos seis meses (Micin y Bagladi, 2011).

En la isla de Puerto Rico, Duarté-Vélez, Lorenzo-Luaces y Rosselló (2012) realizaron una investigación con 179 adolescentes entre las edades de 13 y 18 años, estudiantes de escuelas públicas y privadas del país. Encontraron que el 16.4% (n=29) ha tenido pensamientos suicidas y un 12.4% (n=22) ha tenido al menos un intento suicida. Con respecto a la población universitaria, Jiménez (2008) reportó datos preliminares de conducta e ideación suicida en universitarios y universitarias atendidos por el Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. De un promedio de 4,000 estudiantes atendidos entre los años 2000 y 2006, la cantidad de potenciales suicidas fluctuó entre 7 y 45, y los intentos suicidas entre 3 y 15.

Collazo (2013) elaboró un perfil psicológico y psicosocial de estudiantes universitarios de primer año, en riesgo de suicidio. Utilizó una muestra retrospectiva de estudiantes de primer año que habían obtenido puntuaciones altas en la Escala para la Identificación de Riesgo Suicida en Adolescentes (IRSA) administrada durante los años 2006 al 2009 en el Programa para la Prevención del Suicidio de la institución. El total de la muestra fue de 500 participantes, 57% (n=285) mujeres, 31% (n=155) hombres y un 12% (n=60) que no identificó su género. El 20% (n=100) de la muestra indicó haber intentado suicidarse en algún momento de su vida. De este grupo, el 66.7% (n=66) eran mujeres y el 20.2% (n=20) eran hombres, el 13.1% (n=14) no identificó su género. En este grupo se encontró también que las féminas intentaron suicidarse con mayor frecuencia que los varones. Se encontraron características comunes entre los y las estudiantes con intento suicida, como cansancio, pérdida de amistades por muerte y ruptura del noviazgo.

Este último estudio es muy importante para la investigación debido a que la prueba iba dirigida a estudiantes universitarios de recién ingreso y a que la intención fue averiguar no sólo un suicidio, sino la ideación, la planeación y el intento de la conducta suicida. Algo

similar hemos realizado con la población de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Pero primero tenemos que revisar lo que ha sucedido con el suicidio en México.

2.3.- El Suicidio en México

México es un país multivariado, para bien y para mal. Ostenta varias menciones beneficiosas como ser uno de los principales en tener varios sitios protegidos por la UNESCO y de tener una de las principales variedades de mamíferos en el mundo. Pero también se encuentra en listas negativas como ser de los primeros con altas tasas de obesidad y en tener más ciudades dentro de los 50 más inseguras del mundo. Así de diverso es nuestro país.

Justo en el aspecto de la salud, no es grato saber que hay un gran número de habitantes padeciendo diabetes, sedentarismo y problemas cardiacos. Dentro de estos padecimientos se ha introducido uno más, lentamente, durante los últimos 50 años. De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud, tan sólo de 1970 a 1998 el suicidio aumentó 215% (Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001).

Destaca un estudio sobre la evolución del suicidio en México de 1970 a 1994, realizado por Gómez-Castro y Borges (1996, en Jiménez-Ornelas y Cardiel-Téllez, 2013), en donde, a partir de datos censales y de certificados de defunción, concluyeron que el suicidio afecta principalmente a los hombres de edad avanzada. Asimismo, afirman que el aumento de este fenómeno entre la población adolescente y de adultos jóvenes enfatiza la necesidad de desarrollar programas para su prevención.

A través de la historia, el suicidio ha sido mostrado de diferentes maneras. En el tiempo prehispánico, por ejemplo, era considerado un acto de honor y veneración. Por el contrario, en la actualidad es visualizado como una decisión que proyecta debilidad, vergüenza o repudio. Durante el periodo comprendido entre 1990 y 2009 la tasa de suicidios sufrió un incremento, de 2.5 suicidios pasó a 4.6 por cada 100 mil habitantes.

Ya en 2016, el incremento llegó a 5.1. Si bien las cifras son dignas de prestar atención debido al gran incremento en el país, los datos no pueden ser tomados como absolutos, ya que, al considerarse un acto vergonzoso y causante de estigma social, existe una propensión

a encubrirlo, afectando así la veracidad de los registros (Jiménez-Ornelas y Cardiel-Téllez, 2013).

Si estos datos son desagregados por sexo, encontramos que en el periodo de 1990-2011, en hombres, la tasa de suicidios creció de 4.3 a 7.5 suicidios por cada 100 mil habitantes, presentando una ligera baja entre 2010 y 2011; entretanto, para mujeres pasó de 0.6 a 1.7 suicidios por cada 100 mil habitantes, manteniéndose estable en los dos últimos años considerados para este estudio. Esto nos muestra claramente que la prevalencia de suicidios en el sexo masculino es mayor que en el femenino; sin embargo, en términos porcentuales, la tasa de crecimiento anual se incrementó de 1990 a 2011 en siete por ciento para las mujeres contra cinco por ciento en el caso de los hombres

El cambio social en el país fue un motivo que derivó en una mayor aparición del suicidio. Migraciones de las zonas rurales a la ciudad, problemas económicos, la organización de nuevas redes sociales respecto a los cambios políticos y sociales que sucedían en aquellos años, hace que la propuesta de Durkheim sea más válida en el territorio mexicano.

Es importante resaltar que el año en el cual se registró un mayor número de intentos de suicidio en el país fue 1998, con un total de 443, de los cuales 162 intentos pertenecientes a hombres y 271 a mujeres. En estudios anteriores, el número de intentos suicidas entre la población femenina ha alcanzado casi el doble que la masculina. Sin duda alguna, el sexo es una variable que modifica la conducta suicida, debido a que las construcciones o demandas sociales que se producen a partir del género pueden deformar la percepción que tiene el sujeto sobre sí mismo y su posición en el mundo (Jiménez-Ornelas y Cardiel-Téllez, 2013).

Es claro que el número de mujeres que llega al suicidio consumado es más alto que el de los hombres mexicanos, pero quizá esto sea por la diferencia en el método utilizado para cometer el suicidio: los hombres tienden a utilizar métodos más eficientes como el ahorcamiento, mientras que las mujeres recurren a métodos menos certeros como el envenenamiento o el ahogamiento. En otras palabras, si el auxilio es viable hay menos posibilidad de que el suicidio se consume.

De acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018), el volumen de suicidios varía entre zonas geográficas y entidades federativas, para 2016, las entidades federativas que tuvieron mayores tasas de suicidio fueron Chihuahua y Yucatán

con 11.4 y 10.2 suicidios por cada 100,000 habitantes respectivamente; niveles que duplican la tasa nacional, a las entidades mencionadas le siguen Aguascalientes (9.6), Campeche (9.1) y Colima (8.5). Las entidades con menor cantidad son Guerrero (2.1), Veracruz (2.5) y Oaxaca (2.9).

En 2016, de los 6,291 fallecidos por suicidio, 5,116 eran hombres, lo que se traduce en que, de cada diez suicidios, ocho son cometidos por hombres, mientras que dos de cada diez (1,173), por mujeres. En relación con la edad, en los jóvenes de 20 a 29 años se presentan las tasas más altas de suicidios.

Entre las causas que se presentan en este grupo de población se encuentran los problemas familiares, amorosos, depresión y ansiedad, el abuso de alcohol y drogas, entre otras, intensifican la búsqueda del suicidio (Garduño, Gómez y Peña, 2011).

En este mismo año (2016), el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación se sigue presentando como la principal práctica para el suicidio, con 80.8% del total de suicidios para este año, seguido del disparo con arma (7.7%).

Los estudios realizados por el INEGI y la Secretaría de Salud revelaron que la mayoría de las personas han cometido el acto suicida dentro de sus hogares. Además de la facilidad para consumir el acto, también representa un espacio con una carga emocional y simbólica ideal en el proceso de autodestrucción, generando un impacto mayor en los miembros del entorno mediato o familiar. Debido a que el segundo y tercer lugar se trata de lugares no identificados, el uso de medidas preventivas es complicado.

Como se ha expuesto en párrafos anteriores, la consolidación de lazos sociales, así como de redes familiares, son factores clave para la pervivencia de las personas; de ahí que el suicidio sea más común en contextos donde las personas padecen distintos tipos de anomias como las de índole doméstica, causadas por orfandad, viudez o divorcio. Asimismo, se detectó que un número elevado de las personas que habían cometido suicidio se encontraban en un estado conyugal de soltería, en donde aproximadamente 78.6 por ciento de los suicidios fueron realizados por hombres y 21.4 por ciento por mujeres. Contrariamente, el porcentaje de suicidios en personas casadas representó 27.9 por ciento del total de la población registra, específicamente, 23.6 por ciento en los casos masculinos y 4.3 por ciento en los femeninos.

En cuestión de factores de educación, el grupo de población que lleva a cabo un número mayor de suicidios son hombres con una formación de secundaria completa, con 944 suicidios registrados a nivel nacional para el año 2011, equivalentes a 24.1 por ciento de los hombres suicidas, mientras que en el caso de las mujeres el mayor grupo suicida posee un nivel de escolaridad de secundaria o equivalente, con 217 suicidios, igual a 24.6 por ciento de la totalidad de la población femenina muerta por suicidio (Jiménez-Ornelas y Cardiel-Téllez, 2013).

Haciendo un corte sobre el suicidio en general en el país mexicano, podemos ver que las estadísticas arrojan datos desconcertantes acerca del crecimiento de esta conducta a través de las últimas décadas. El cambio social y político es una de las razones más fuertes, así como la cultura pues, debido a las demandas que tienen las mujeres para la misma, y recibiendo una educación basada en el cuidado del hogar y de la pareja, son las que más llegan a intentar el suicidio, aunque los hombres son los que lo logran en mayor cantidad, todo ello por el uso de diferente método.

Los adolescentes no son los primeros en la frecuencia de la conducta suicida, pero están debajo de esta línea. Es por eso que ahora veremos más sobre ellos.

2.4.- El Suicidio en Adolescentes Mexicanos

En promedio, la prevalencia de intento de suicidio en adolescentes mexicanos entre los 12 y 17 años es de 4.26%, 2.14% en hombres y 6.37% en mujeres (Borges, Orozco, Benjet y Medina., 2010). En México, en estudiantes de bachillerato se ha observado una prevalencia de intentos de suicidio que fluctúa del 17 al 7% (Valadez-Figueroa, Amezcua-Fernández, Quintanilla y González- Gallegos, 2005; González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003). El intento de suicidio es el factor de riesgo individual más fuertemente asociado al suicidio consumado, en un rango del 30 al 50% de los suicidios consumados existieron antecedentes de intento de suicidio (Welch, 2001).

Un estudio realizado en Sonora por Miranda, Cubillas, Román y Abril (2009) en población infantil escolarizada entre 10 y 13 años, muestra niveles de depresión igualmente más altos que los reportados en otros estudios para edades similares: 68% de niños (as) tienen niveles

de depresión que van de moderada a alta; ligeramente menores a los encontrados en este trabajo con adolescentes. Lo anterior evidencia que la depresión es un problema que si no se atiende persiste en el tiempo y facilita las acciones suicidas en la población juvenil. En cuanto a las diferencias por sexo, Miranda, Cubillas, Román y Abril (2009) encuentran que la depresión aparece más en los niños que en las niñas. Por el contrario, en el presente trabajo se confirman los hallazgos de otros estudios donde las mujeres obtienen puntuaciones más altas. Tales diferencias en los resultados sobre depresión y comportamiento suicida han sido poco estudiadas y los resultados no son del todo concluyentes.

En algunos casos reportan no encontrar diferencias por sexo en los niveles de depresión de niños (Otero, 2004). Otros, como Allison, Roeger, Graham y Keeves (2001) con adolescentes, señalan que son las mujeres quienes tienen mayores síntomas depresivos asociados con ideas suicidas. Esto parece confirmarlo en los estudios realizados con población mexicana pues se han identificado como población vulnerable, ser mujer, por haber tenido relaciones sexuales y presentar ideación y/o intento de suicidio (Pérez, Rivera, Atienzo, Castro, Leyva y Chávez, 2010).

Es importante considerar que la depresión explica mejor la presencia de ideación suicida en mujeres a diferencia de los hombres, pues en ellos la dimensión social de autoconcepto es el factor determinante (Fernández y Merino, 2001). Es decir, las mujeres tienen un porcentaje mayor de que las emociones sufridas por los eventos contrarios y sus efectos las lleven a la ideación, intento o suicidio consumado. Otras investigaciones refieren que los estados ansiosos, la baja autoestima y la comunicación deficiente son variables intervinientes en el fenómeno del suicidio (Montes y Montes, 2009).

Adolescentes mexicanos sin antecedentes de conductas suicidas (García de Alba, Quintanilla, Sánchez, Morfín y Cruz, 2011) identificaron a los problemas familiares como la causa del intento de suicidio y se identificó a la depresión, la tristeza y la ansiedad como signos y síntomas previos al intento de suicidio; sin embargo, dicho estudio no incorporó participantes que hubieran intentando cometer suicidio.

Entre las variables familiares que representan un mayor riesgo para que haya comportamientos suicidas, se señalan la percepción de un ambiente familiar negativo y la percepción de rechazo por parte de los padres. Se destaca la familia en la formación y

desarrollo de los jóvenes, lo que realza la necesidad de prevenir los factores de riesgo en el entorno familiar. Los conflictos en la familia aumentan este tipo de comportamientos y las posibilidades de que los jóvenes ideen o intenten el suicidio son mayores al no existir factores de protección en el hogar (Monge, Cubillas, Román y Abril, 2007).

La relación entre la violencia intrafamiliar, el abuso sexual y el intento suicida, como indicadores de malestar emocional en la actualidad se encuentra en aumento y se constituyen en aspectos a resaltar en el estudio de los factores predominantes para la ideación y el acto suicida. Estrada (2013) considera que los cambios que atraviesan los adolescentes no son fáciles de aceptar ya que el cuerpo se modifica y con él los pensamientos, teniendo como consecuencia el no ser aceptados por un círculo social y terminando con un intento de suicidio o con un suicidio consumado.

Sobre el tema los estudios muestran que las mujeres son víctimas de violencia intrafamiliar y abuso sexual con mayor frecuencia que los hombres (con una leve diferencia). En este sentido algunos autores destacan que en las mujeres se han reportado como efectos a largo plazo problemas como: trastorno por estrés postraumático, depresión, ideación e intento suicida, insensibilidad emocional, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, disfunciones sexuales, dependencia del alcohol o de las drogas, victimización sexual posterior y maltrato por parte de la pareja, y comportamiento autolesivo (Dessauer, Ortiz, Hinostroza, Bataszwe, Velásquez, Correa, Cáceres y Mulet, 2011).

Los estudios refieren que la presencia de desesperanza social presente en la dinámica de acoso escolar juega un papel fundamental que funciona como activador de la ideación suicida y síntomas depresivos (Viancha, Bahamón, y Alarcón, 2013). Así, los jóvenes socialmente más desesperanzados tienen mayor riesgo de manifestar pensamientos suicidas (Bonanno y Hymel, 2010).

El afrontamiento emerge como un elemento fundamental pues la frecuencia de exposición a situaciones adversas, estresantes o traumáticas se muestra como desencadenante de suicidio (Palacios, Rueda y Valderrama, 2006). Debido a que el momento de la adolescencia es de cambios emocionales, éstos se dejan llevar por el afrontamiento enfocado a la emoción, dejando de lado el razonamiento y terminando siendo autoculpabilizados por las situaciones que suceden a su alrededor. Heras, Amado, Bonilla y Gurrola (2011) encontraron que las

estrategias más utilizadas por esta población fueron, la religión, seguida de actividades distractoras, crecimiento personal, la aceptación y el abandono de esfuerzos.

Ya decíamos que las mujeres son las que tienen una prevalencia mayor que los hombres en los intentos de suicidio. Esto puede confirmarse en el estudio de Santillán, Espinosa, Sandoval y Eguiluz (2017), ya que el 13% de los participantes del estudio ha tenido un intento previo (n=102); de éstos participantes el 78% fueron mujeres, el 24% eran estudiantes que pertenecen a la comunidad de la diversidad sexual, la mayor parte son estudiantes de la carrera de psicología, seguidos por la carrera de enfermería católicos, están estudiando la carrera que era su primera elección, y el 30% de ellos tienen un promedio académico bajo.

Entre las características de personalidad de los adolescentes suicidas se ha encontrado la impulsividad, dificultad de manejar la agresión y el aislamiento social (Lucio, Loza y Durán, 2000). Recientemente se ha revalorado el papel de los rasgos de la personalidad en la identificación de adolescentes en riesgo suicida, considerando que algunos rasgos más promisorios en este sentido son la agresión, la impulsividad y la hostilidad, además de la depresión. Al estudiar la relación entre personalidad y suicidalidad en los adolescentes, Brezo, Paris, y Turecki (2006) conformaron tres constelaciones en la personalidad del adolescente suicida que se correlacionan con la suicidalidad. La primera se caracteriza por agresividad e impulsividad combinada con una hipersensibilidad a eventos de vida menores; la segunda, por narcisismo y perfeccionismo e incapacidad de tolerar el más mínimo fracaso, con una estructura de personalidad esquizoide subyacente; y la tercera, por desesperanza en combinación con una depresión subyacente.

Esto nos hace pensar que la conducta suicida, también puede deberse a la poca o nula aparición de mecanismos de defensa, o estrategias de afrontamiento.

Cumbicos y Solivan (2018) afirman que la carrera de Medicina sería una de las de mayor riesgo, por lo que los alumnos que estudiaran ésta tendrían un mayor índice de conducta suicida debido al estrés que provoca la gran demanda de estudio. Esto es apoyado Denis, Barradas, Delgadillo, Denis y Melo (2017) quienes afirman que Medicina tienen una mayor dificultad pues se trata de una carrera donde 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 puede hacer más probable la aparición de la conducta suicida.

Por su parte, Montes (2017) explica que Enfermería sería la carrera con un mayor índice de conducta suicida sin importar el lugar donde se esté practicando. Algunos factores mencionados por el que pueda ser probables la aparición de la conducta es la carga de trabajo, el consumo de cafeína y tabaco y el estrés.

A todo esto, Ospino y Colorado (2012) argumentan que cinco de cada 100 estudiantes de Psicología presentan conductas suicidas, sin embargo, a pesar de que hay una gran cantidad de estudiantes que presentan algún rasgo de conducta suicida, la cantidad de suicidios consumados es uno de los más bajos.

Es increíble la notoriedad que el tema del suicidio ha cobrado en el aspecto mexicano y, en específico, en el educativo. En los últimos meses se han dado a conocer varias noticias de decesos de estudiantes en secundarias y preparatorias, y quizá sean los menos, pero hay una gran cantidad que no los comete. Todos ellos llegan a la universidad con los cambios que suscita este paso, con las responsabilidades que aparecen al convertirse en un joven y en las nuevas experiencias que les son exigidas. Si éstos pensamientos siguen desarrollándose en la universidad, es muy probable que el rasgo de la conducta suicida aumente de nivel y llegue al intento, o al suicidio.

Es por ello que nuestra investigación se basa en la descripción de la conducta suicida en los universitarios de recién ingreso en la FES Iztacala en 3 períodos, para saber qué rasgo de la conducta suicida es la más frecuente, la cantidad en hombres y mujeres, así como en la carrera.

Parte II: Investigación

3.- Planteamiento Del Problema

3.1.- Justificación.

3.1.1.- Teórica.

La investigación acerca del suicidio en jóvenes ha ido creciendo en los años actuales, pero aún no se ha logrado tener un alcance mayor, pues las pocas que hay en territorio mexicano se deben a estudios de caso o tomando una poca cantidad de participantes. Esta etapa es en especial conflictiva y es por ello que la presente investigación, al tener un número más grande de participantes, a diferencia de otras del mismo tenor, pretende mostrar más evidencia y aportar una gran información del tema, siendo ésta actual y descriptiva. Es necesario conocer la prevalencia que existen en esta edad ya que así se pueden crear medidas de prevención.

3.1.2.- Práctica.

Debido a que los resultados serán planteados de forma descriptiva, el uso principal será meramente estadístico para detectar a estudiantes con mayor prevalencia. Gracias a ella se podrá tener una prevalencia de la conducta suicida en los jóvenes mexicanos para así crear una medida de prevención enfocada a contactar a los estudiantes en mayor riesgo, tomar acciones en las carreras con más prevalencia y, al tener pocos recursos, se establece quienes serán los que se atenderán con urgencia, principalmente, para así evitar que el número de presencia disminuya.

3.2.- Preguntas De Investigación.

- ¿Cuál es la cantidad de estudiantes de primer ingreso, en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, que muestran un rasgo de la conducta suicida (deseo suicida, ideación suicida, planeación suicida e intento de suicidio)?
- ¿Qué cantidad, entre hombres y mujeres, es mayor entre los que muestran un intento de suicidio?

- ¿Qué carrera, de las seis encuestadas, presenta mayor número de estudiantes con conducta suicida y cuáles muestran un menor número de presencia?

3.3.- Objetivo General.

Comparar y describir la cantidad de estudiantes, de tres generaciones, que presentan un rasgo de conducta suicida entre hombres y mujeres y entre las carreras que se imparten en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

3.3.1.- Objetivos Específicos.

- Comparar y describir la presencia o ausencia de la conducta suicida (deseo suicida, ideación suicida, planeación suicida e intento de suicidio) en jóvenes universitarios de la FES Iztacala.
- Comparar y describir la cantidad de hombres y mujeres que muestran un intento de suicidio.
- Comparar y describir la cantidad de estudiantes, de cada carrera, que presentan o no un rasgo de conducta suicida.

3.4.- Hipótesis.

H1: La cantidad de estudiantes que no presentan ningún rasgo de conducta suicida (deseo suicida, ideación suicida, planeación suicida e intento de suicidio) será mayor de los que presentan alguno de ellos.

H2: Las mujeres serán las que presenten una mayor cantidad de intentos de suicidio.

H3: La carrera que tendrá más estudiantes con rasgos de conducta suicida será la de Enfermería.

3.5.- Definición De Variables.

3.5.1.- Variables Independientes.

1.- Sexo. Variable atributiva, dicotómica. Con dos niveles: 1) Hombre, 2) Mujer.

2.- Carrera. Variable atributiva, categórica. Se tomará como respuesta la opción que manifieste el encuestado respecto a la carrera que esté estudiando. Existirán las siguientes seis opciones a responder: 1) Biología, 2) Cirujano Dentista, 3) Enfermería, 4) Médico Cirujano, 5) Optometría, 6) Psicología.

3.5.2.- 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, envenenándome, con el propósito de morir).

5.- Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo.

Los reactivos tienen 5 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 a excepción de “Nunca”. Esto respaldado en que si se pensó o se hizo algunas de las situaciones mencionadas por el inventario por lo menos una vez, ya se considera conducta suicida.

3.6.- Método.

3.6.1.- Tipo de Diseño.

Diseño Transversal. Indaga sobre la frecuencia de la exposición y la ocurrencia del evento medido una vez conformada la población del estudio, asimismo sólo se realiza una medición a cada participante durante el estudio. Este tipo de estudio es eficiente para la prevalencia de cualquier evento, tiene poco costo y se puede realizar un menor tiempo (Hernández, Garrido y López, 2000).

3.6.2.- Tipo de Investigación.

Descriptivo. Buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

3.6.3.- Participantes.

7,640 jóvenes mujeres y hombres (65.5% y 34%, respectivamente, con un 0.5% de datos sin respuesta) universitarios de entre 17 y 25 años, de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) de las carreras de biología, cirujano dentista, enfermería, médico cirujano, optometría y psicología, inscritos en tres periodos escolares: 2016-1, 2017-1 y 2018-1.

3.6.4.- Proceso De Selección De Los Participantes.

En el marco del Examen Médico Automatizado (EMA) a los alumnos de primer ingreso de todas las carreras de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Con el apoyo de la Secretaría de Desarrollo y Relaciones Institucionales, que se encargó de aplicar a alumnos de licenciatura de las carreras de optometría, enfermería, médico cirujano, biología, odontología y psicología.

3.6.5.- Escenario.

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

3.6.6.- Instrumentos.

En el marco del 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) que tiene como fin el determinar el estado de salud tanto físico como mental, así como la familia y el entorno de los jóvenes universitarios. Los resultados permiten crear 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 del autocuidado para la salud (González, Solís, Jiménez, Hernández, González, Juárez, Medina-Mora y Fernández, 2011).

De este estudio 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: 1) Todo el tiempo; 2) Casi siempre; 3) Algunas veces; 4) Rara vez; y, 5) Nunca.

Dichos reactivos se dividen en ocho áreas: A1 - Ideación Suicida, A2 - Satisfacción de 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. Las cuatro primeras conforman la Sección A, y los cuatro restantes la Sección B del cuestionario original.

Los cinco 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.

3.6.7.- Implicaciones Éticas.

La investigación no tuvo un riesgo debido a que los participantes fueron voluntarios y no implicaría, la contestación o no del cuestionario, en la calificación del estudiante. Debido a la facilidad del instrumento y a la disposición del estudiante, no se descarta que haya respuestas con poca sinceridad o que hayan sido contestadas con rapidez o sin leer los reactivos. De igual manera, pudo existir alumnos que ocultaran información por el estigma que conlleva el tema.

Es de vital importancia mencionar que, después de haber sido aplicado el instrumento, se hizo una base de datos, se sacaron los puntajes de cada una y se procedió a enviar un correo

electrónico a todos los participantes para hacerles saber que la Facultad de Estudios Superiores Iztacala tiene un sitio donde pueden asistir por ayuda psicológica y, además, de la implementación de talleres y pláticas. Esta iniciativa fue bien recibida ya que de la suma en general, una gran mayoría pidió informes. Este envío de correos electrónicos se hizo de manera escalonada: Fase 1.- Se envió a los alumnos que mostraron mayor riesgo de acuerdo a la escala Likert de la encuesta; Fase 2.- Se envió a los que mostraron un riesgo bajo; Fase 3.- Se hizo un seguimiento de periodos mensuales a tres, seis y doce meses.

4.- Análisis de Datos

Los resultados obtenidos de las encuestas realizadas fueron capturados en una base de datos del programa SPSS versión 22, en el cual se encontró que: como se percibe en la Tabla 1, el deseo suicida aparece en 1,481 universitarios de los 7,640 encuestados, esto es, casi el 20% del total de los estudiantes ha deseado irse de este mundo con la opción del suicidio.

Tabla 1

Frecuencia de presencia y ausencia del reactivo

1.- Quisiera irme de este mundo.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6,137	80.3
Al menos una vez	1,481	19.4
Total	7,618	99.7

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2

Frecuencia de presencia y ausencia del reactivo

2.- He pensado en suicidarme.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6,505	85.1
Al menos una vez	1,118	14.6
Total	7,623	99.8

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 2, muestra la frecuencia de otro rasgo de la conducta suicida, esta vez se trata del pensamiento suicida. Es una cantidad un poco menor que el reactivo anterior, pero con un importante porcentaje, pues 14.6% ha afirmado que, al menos una vez ha pensado en suicidarse, esto es, 1,118 estudiantes de primer ingreso de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala ha tenido pensamientos suicidas.

Tabla 3

Frecuencia de presencia y ausencia del reactivo

3.- He planeado mi propia muerte.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6,832	89.4
Al menos una vez	750	9.8
Total	7,582	99.2

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 3 se muestra que sólo un 9.8% de todos los universitarios encuestados ha mostrado rasgos de una planeación suicida, es decir, 750 participantes se encuentran dentro de la conducta suicida, justo en la planeación de un potencial suicidio.

Cabe resaltar que en este reactivo se encuentra la mayor cantidad de datos perdidos, esto es, datos de los que no se tuvo respuesta de ninguna de las dos opciones. La duda se mantiene por saber si fue porque esa cantidad de estudiantes lo han planeado y decidieron no exponerse o si sólo se trató de un olvido al contestar.

Tabla 4

Frecuencia de presencia y ausencia del reactivo

4.- *He intentado quitarme la vida (lastimándome, haciéndome daño, cortándome, tomando pastillas, asfixiándome, envenenándome, con el propósito de morir).*

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	7,220	94.5
Al menos una vez	407	5.3
Total	7,627	99.8

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 4 expone que la frecuencia de los jóvenes universitarios que han intentado quitarse la vida ha sido del 5.3% del total. La cantidad se refiere a 407 estudiantes que no han tenido otra opción más que intentar consumir el suicidio sin haberlo logrado.

Por tanto, la hipótesis de investigación se ve confirmada pues la mayor cantidad de estudiantes ha contestado que no ha tenido ningún rasgo de conducta suicida.

Tabla 5

Frecuencia de intento de suicidio en hombres y mujeres

Sexo	Nunca	Al menos una vez	Total
Hombre	2,508	88	2,596
Mujer	4,680	317	4,997
Total	7,220	407	7,640

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 5 se muestra la frecuencia específica para hombres y mujeres que han intentado suicidarse.

Es cierto que las mujeres son las que tienen una cantidad mayor de intentos suicidas, ya que casi cuadruplica el porcentaje de hombres que también lo han intentado (mujeres, n=317; hombres, n=88). Todas ellas, al menos una vez se han intentado quitar la vida y se habla casi del 4.15% de la población total. Este porcentaje sube al 5.34% al sumar a los 88 hombres que han respondido con una afirmación al reactivo.

Tabla 6

Correlación entre las carreras de la FESI y el porcentaje de los reactivos del IRIS en presencia de la conducta suicida.

Licenciatura	Total de Estudiantes	R1	R2	R3	R4	R5
Médico Cirujano	1,358	20.76	15.46	11.41	5.67	17.59
Psicología	1,569	21.54	15.04	11.08	6.05	19.37
Optometría	927	20.38	14.34	9.7	6.47	16.61
Cirujano Dentista	1,461	26.62	19.98	14.57	8.07	23.61
Biología	800	25.25	19	12	6.37	22.87
Enfermería	1,525	28.39	21.18	15.21	8.45	24.72
Total	7,640	23.99	17.61	12.56	6.93	20.96

Fuente: Elaboración propia

R1 Quisiera irme de este mundo. R2 He pensado en suicidarme. R3 He planeado mi propia muerte. R4 He intentado quitarme la vida. R5 Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo.

Nota: Las cantidades de los reactivos se encuentran en porcentajes.

La Tabla 6 resalta que las carreras que presentan una mayor cantidad de conducta suicida son Enfermería y Cirujano Dentista, mientras que las que menos lo presentan son las de Optometría, Psicología y Médico Cirujano.

Tomando en cuenta los diferentes niveles que existen dentro de la conducta suicida, podemos ver que el deseo, la ideación y planeación suicida aparece en mayor medida en la carrera de Enfermería. En cuanto a la conducta de intento, también son los estudiantes de esta misma carrera los que representan un alto porcentaje de terminar con su vida, aunque se encuentra muy cerca la media de Cirujano Dentista.

De igual manera, el deseo, el pensamiento, planeación e intento suicida aparecen en menor medida en los estudiantes de la carrera de Optometría y, de manera sorpresiva, en la de Médico Cirujano, siendo que algunos creen que por su demanda escolar aparecería con niveles más grandes.

Es llamativo observar que, aunque las dos carreras mencionadas como con mayor prevalencia en el rasgo de la conducta suicida se encuentran por encima de las demás, la carrera de Biología no se encuentra tan alejada de ellas. Y es aún más llamativo pues la cantidad de estudiantes que estuvieron en primer semestre fueron muy pocos.

La hipótesis planteada se acepta debido a que la carrera de Enfermería es una de las que muestra mayor cantidad de estudiantes con rasgos de conducta suicida.

5.- Discusión

Cada año que pasa el tema del suicidio va llegando a mas oídos y se va abriendo paso a nuevas visiones, no sólo psicológicas sino sociales y de salud, todo ello porque se ha convertido en uno de los principales problemas de muertes en el mundo, siendo así de complicado que el índice de defunciones por la conducta suicida ya se encuentra por encima de las que se presentan por guerras y homicidios (OMS, 2004).

Es cierto que durante toda la vida se pasa por momentos difíciles que nos ponen al límite en nuestros pensamientos, desde los cambios biológicos, los cambios sociales que nos hacen querer entrar en un círculo social, o problemas sociales como buscar trabajo y no encontrar ninguno o perder una casa o a un ser querido. En este caso, hay un sector de la población especialmente voluble debido a la fase de cambios de todo tipo que experimentan al llegar a esa etapa.

La juventud o adolescencia tardía es aquella que nos compete analizar, debido a que ellos son los que comienzan a estudiar en la universidad, es decir, los de recién ingreso, contando aquellos pocos que se encuentran por encima de la edad promedio. Este cambio suscita muchas consecuencias pues hay varios jóvenes que comienzan a verse por sí mismos, dejando el aspecto de vivienda, social y económico en sus manos. Si esto no funciona debidamente, la frustración crece y, a la par de los estudios que empiezan a crecer por la carrera elegida, se puede hacer más grave.

En la presente investigación se permitió conocer la prevalencia de las conductas suicidas en jóvenes universitarios de primer semestre de la FES Iztacala en las seis carreras que se imparten en ella (biología, cirujano dentista, enfermería, médico cirujano, optometría y psicología) de tres generaciones (2016-1, 2017-1 y 2018-1) así como la diferencia existente entre hombres y mujeres.

Comenzado con la conducta suicida y los rasgos pertenecientes a ella, se analizó cada reactivo del cuestionario ISRA de acuerdo al rasgo de la conducta, es decir, el deseo suicida, el pensamiento suicida, la planeación suicida y el intento de suicidio.

Nuestra primera hipótesis fue que la cantidad de estudiantes que no presentan ningún rasgo de conducta (deseo suicida, ideación suicida, planeación suicida e intento de suicidio) sería mayor que de aquellos que sí lo presentan en “al menos una vez”. Analizando cada reactivo, el deseo suicida se colocó como una de las cantidades más grandes en nuestros resultados debido a que su aparición en la opción de “al menos una vez” fue la mayor de las cuatro. Esta cantidad va descendiendo mientras el rasgo suicida también va en aumento de riesgo, es decir, el siguiente rasgo es el pensamiento suicida y, como vimos en los resultados, la cantidad es ligeramente menor que su anterior rasgo, y así sigue decreciendo cuando se alcanza la ideación suicida y termina siendo aún más bajo en el intento de suicidio. Es interesante ver que el rasgo suicida baja drásticamente en su porcentaje, del primer reactivo con 19.4% a un 5.3%. Por supuesto, esto sigue siendo desalentador en cuestión de que su aparición es grande aún.

Tomando en cuenta el resultado de la prevalencia, es una cantidad enorme pensando que, cada 2.5 días existe un estudiante que ha comenzado a intentar suicidarse (tomando en cuenta que, el total de los estudiantes de las tres generaciones, se dividió por los días). La cifra no podrá verse tan drástica, pero es una señal de que el intento suicida se encuentra en una gran cantidad de los estudiantes de recién ingreso, y tomando en cuenta que apenas han comenzado a estudiar la carrera, la conducta ha aparecido antes de ello, es decir, el deseo aparece desde antes. Esto lo comenta Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006) al mencionar que las ideas suicidas son las que dan pie a la conducta suicida, pero que no llegan de la nada, sino que debe darse una serie de eventos que llevan a ellas.

Podemos ver que la cantidad disminuye con el aumento de rasgo, pero si nos damos cuenta de la época por la que pasan los jóvenes en esta etapa de su vida, y aunado a ello, ponemos como factor de riesgo el consumo de bebidas alcohólicas y la baja autoestima, Levy y Deykin (1989, en González, 1996) comparte el resultado de que estos factores se presentan en mayor medida en los adolescentes y van acompañadas de las ideas suicidas.

No se sabe qué porcentaje de ellos son los que logran llegar al suicidio así que la cifra podría ser un llamado enorme para ser sólo un lugar durante las tres generaciones.

Nuestra segunda hipótesis nos dice que las mujeres serán las que presenten una mayor cantidad de intentos de suicidio. Los resultados de nuestra investigación, retomando el cuarto

reactivo del cuestionario dirigido al intento de suicidio, confirma que las mujeres son las que presentan en mayor medida este rasgo suicida.

Santillán, Espinosa, Sandoval y Eguiluz (2017) muestran que el 78% de la población que ha intentado suicidarse es mujer, y nuestra investigación confirma este hecho, pues la cantidad de mujeres también llega a ser más del triple de la que presentan los hombres. No sabemos qué factor ha sido el desencadenante para que cada una de las mujeres haya tenido esta conducta suicida, pues, como lo menciona Dessauer, Ortiz, Hinojosa, Bataszew, Velásquez, Correo, Cáceres y Mulet (2011) puede deberse a diversos factores, entre ellos por vivir violencia intrafamiliar y abuso sexual. No se debe ser erudito en aquellas cuestiones pues es sabido que las mujeres han sido un punto débil en la sociedad. Su historia como individuo, más o menos igualitario, comienza desde el siglo XX y sólo en algunos aspectos sociales.

A nivel familiar y de cultura, así como en muchas partes del país, la crianza sigue siendo como una persona que es dirigida a las labores del hogar, como una sirvienta, que no debe salir más que para hacer las compras. Este hecho hace que las mujeres de la actualidad tengan un levantamiento social, pero al ser el inicio, las duras consecuencias han hecho que varias de ellas sean tratadas de peor forma. Y así, un gran número de ellas, opte por el suicidio.

Montes y Montes (2009) afirman que los estados ansiosos, la baja autoestima y la comunicación deficiente pueden ser factores específicos para que las mujeres lleguen al intento de suicidio. Junto con lo dicho anteriormente, se hace más verosímil el resultado de nuestra investigación.

Además, Jiménez-Ornelas y Cardiel-Téllez (2013) también hacen referencia a que las construcciones o demandas sociales que se producen a partir del género pueden deformar la percepción que tiene el sujeto sobre sí mismo y su posición en el mundo. Como mencionamos, las mujeres son el género más voluble (aunque a veces pueden no parecerlo) y eso lleva a que el deseo suicida aparezca y se llegue al intento de suicidio.

Es interesante recalcar que, la cantidad de mujeres que muestra un rasgo suicida es mayor al mostrado por los hombres, pero esta cantidad se vuelve contraria al hablar acerca del suicidio consumado, es decir, las mujeres forman parte del segundo lugar, siendo que los hombres tienen una mayor cantidad al cometer un suicidio (OMS, 2014). Sería prudente y de

gran importancia hacer una investigación sobre ello pues, de esta manera se podría hacer que el número de los hombres también disminuyera.

Nuestra tercera hipótesis decía que la carrera de la FES Iztacala con mayor prevalencia de rasgos de conducta suicida será la de Enfermería. De acuerdo a nuestros resultados, se confirmó que la carrera mencionada fue la que mayor índice obtuvo de la conducta. Aunque. Ligeramente por debajo, se encontró la de Cirujano Dentista la cual, por muy poco, alcanzaba en números a la de Enfermería.

Esto comprueba lo que Montes (2017) aseguraba al mencionar que la carrera de Enfermería sería la que tuviera el índice de conducta suicida mayor sin importar el instituto donde se esté estudiando. Se corrobora al demostrar que, en cada rasgo, ésta carrera mencionada obtuvo el primer sitio en cada uno de ellos. El porcentaje es alto debido a su prevalencia y, aunque las demás carreras tienen un índice bajo comparada con ella, su cantidad también es de preocupar debido a que sí existe una gran aparición.

Si se hace una comparación con las carreras, es claro que la de Enfermería ha sido la que tiene la cantidad mayor, pero también se puede observar que la de Psicología es la de menor índice en porcentaje, y esto también lo corrobora Ospino y Colorado (2012) al mencionar que cinco de cada 100 estudiantes de esta carrera presentan conducta suicida, pero que el índice de suicidio es muy bajo. Al revisar nuestra Tabla 6, podemos ver que también disminuye el rasgo de la conducta suicida al acercarse al intento de suicidio, pero este sigue siendo alto para los niveles que se consideran al compararse con las otras carreras.

También es interesante observar que, como mencionamos más arriba, la segunda carrera con mayor prevalencia es la de Cirujano Dentista. No hay muchos estudios respecto a esta carrera, pero de acuerdo con el plan de estudios de la FES Iztacala, es una de las que piden más materiales para su curso durante los años que se estudia. Los problemas económicos de la actualidad y, en específico, en los jóvenes que ya viven solos, puede ser un factor importante para aquellos que están inscritos en aquella carrera. Quizá al inicio no se den cuenta de las demandas económicas que se deban a ella, pero con el paso del tiempo lo harán.

También sorprende la aparición de la carrera de Medicina con números relativamente bajos ya que algunos estudios han mencionado que sería la carrera más demandada para los jóvenes. Esto lo menciona Cumbicos y Solivan (2018) al decir que Medicina sería la carrera

de mayor riesgo, por lo que los alumnos que se encuentran estudiando esta carrera serían los que tuvieran una mayor prevalencia de rasgos de conducta suicida, debido a la demanda de estudio. Pero no es así, o al menos esto no se confirma con los resultados obtenidos en nuestra investigación.

Es verdad que, si se preguntara a la gente ¿cuál es la carrera más difícil y en cuál podría aparecer la conducta suicida? La mayoría contestaría Medicina. Todo ello debido al peso curricular que tienen la carrera, al ser, en algunas escuelas, más años que otras y al tener que aprenderse de memoria muchas cosas respecto a la salud. Pero el sentido común a veces no va a la par de las investigaciones y, así como se mencionaba, no es la que tiene la prevalencia mayor.

Denis, Barradas, Delgadillo, Denis y Melo (2017) también sugerían que Medicina sería la que tendría una mayor dificultad pues se trata de una carrera donde hay varios factores que la hacen complicada, como lo 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 existe desde al ser estudiantes hasta al salir de ella y convertirse en profesionistas.

Es por ello que las investigaciones, en mayor número son referidas a esta carrera, Medicina, y no a Enfermería, haciendo que no se tenga mucha bibliografía sobre ella. La creencia de que Medicina sea la que tenga un número más elevado también hace que las propuestas vayan encaminadas a ella, y esto hace que Enfermería, y las demás carreras, no sean bien tratadas por las propuestas de prevención al suicidio.

Sería oportuno comenzar a hacer averiguaciones en estudiantes de Enfermería, y de las demás carreras, para conocer el motivo de su aparición como la que más prevalencia tiene. En el apartado de conclusión veremos algunas mejoras a la investigación y propuestas para que estas carreras, la división por sexo y la aparición del rasgo de suicidio se lleve a un mejor puerto en la institución y en otras instituciones del país.

6.- Conclusión

Debido a lo anterior, se puede concluir que la presente investigación ha sido de gran utilidad al estudiar las variables que se utilizaron para analizar los datos recabados del cuestionario. Es importante saber las causas de la presencia del suicidio en todos los estudiantes ya que, dependiendo de ello, se sabrá con mejor claridad qué factores son los que deben mejorarse y cuales reforzarse. Sabemos que la fase de cambio de niñez a adolescencia es una difícil etapa, llena de cambios de toda clase, y siendo que por momentos no terminan por sentir su propio lugar en el mundo al ser desplazados por los dos extremos, sus pensamientos se ven afectados y así hay probabilidad de que aparezca un pequeño rasgo de conducta suicida.

Nuestro instrumento se enfocó a obtener cinco reactivos que sólo describían de manera cuantitativa la aparición o no de aquel rasgo de conducta suicida, pero sería una opción viable y eficaz, para efectos de un análisis más profundo, que se incluyera una pregunta de medida cualitativa para lograr entender qué es lo que sucede en su vida en aquel momento.

En los resultados se pudo observar que la cantidad de riesgo de la conducta suicida disminuye notablemente en el paso del deseo suicida al intento de suicidio, es por ello que se debe poner especial énfasis en atacar el problema desde la raíz, es decir, desde el deseo suicida, ya que así se puede disminuir aún más la cantidad existente de este rasgo y, por ende, disminuir considerablemente el intento de suicidio.

Por implicaciones éticas no se pudo averiguar la cantidad exacta que hubo de suicidios consumados durante estas tres generaciones, pero quizá sería una opción en el futuro averiguar de manera cuantitativa esta cantidad y compararla con los datos obtenidos en esta investigación.

De esta misma manera, hablando del sexo en específico, se pudo corroborar la aparición del intento de suicidio en mujeres y de una menor cantidad en los hombres. Esto puede ayudar a las organizaciones y facciones de salud en las escuelas para apoyar a la población femenina, pues hay una gran cantidad de factores por las que ellas muestran una mayor presencia del intento suicida, en específico, en universitarias. Se habría que poner especial atención pues

cada una de ellas es grave desde su aparición hasta que el proceso continúa y se convierte en un intento de suicidio.

Una limitación en la investigación fue la división del género, es decir, sólo se usó una nomenclatura de dos números para nombrar a los hombres y a las mujeres, pero en la actualidad, el creciente aumento en las muertes por suicidio en la comunidad LGBT nos hace pensar que podría incluirse una opción más grande en esta variable.

De las seis carreras impartidas en la FES Iztacala, la de enfermería fue la que obtuvo un índice mayor, respecto a las otras, de conducta suicida. Se podría pensar que Medicina era a que obtendría el primer lugar, pero no fue así, lo que nos demuestra que ni la creencia popular ni lo que se ve a primera vista es cierto. De esta manera se pueden enfocar los apoyos de algunos grupos e iniciativas para la prevención del suicidio en esta carrera. Sin embargo, tampoco podemos dejar de lado a las cinco carreras restantes, ni a Psicología, que fue la que menos índice en cada rasgo obtuvo, pues la aparición de un deseo suicida ya es motivo suficiente para implementar un programa preventivo contra el suicidio.

En la UNAM ya existe un centro específico desde donde se realizan investigaciones y se crean programas, pláticas y talleres para la población estudiantil, docentes y trabajadores de las Facultades. En la FES Iztacala específicamente, se encuentra la Estrategia del Centro de Apoyo y Orientación para estudiantes de la UNAM-FESI, Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio, sitio que envió correos electrónicos a la población de la investigación en cuanto se creó la base de datos y de la cual se obtuvo una gran respuesta.

Es de vital importancia atender a los resultados de esta investigación para la oportuna y rápida atención y prevención del suicidio. Los jóvenes no están acostumbrados a hablar del tema ya sea por sus creencias, por considerarlo poco importante, como un tabú o porque creen que no se encuentran dentro de ella, pero es menester que la información llegue a sus sentidos y así se puedan dar cuenta de lo que significa la conducta suicida.

REFERENCIAS

- Allison, S., Roeger, L., Grahmann, M. y Keeves, J. (2001). Gender differences in the relationship between depression and suicidal ideation in young adolescents. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 498-503.
- American Association of Suicidology. (2014). *USA Suicide 2013: Official Final Data*. Recuperado de <http://www.suicidology.org/Portals/14/docs/Resources/FactSheets/2013datapgsv3.pdf>
- Araya, P., Lazcano, P., Gainza, A., Undiks, E., y Herrera, E. (2009). *La experiencia de los jóvenes que han intentado suicidarse y que reciben atención psicológica en el COSAM Puente Alto: Descripción desde una perspectiva humanista gestáltica* (disertación doctoral). Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Batlle, S. (2008). *Clasificación en paidopsiquiatría. Conceptos y enfoques: Enfoque Cognitivo-Conductual*. Master en Paidopsiquiatría. Madrid, España: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Beck, A.T., Brown, G. y Steer, R. (1989). Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 309.
- Bernabé, J. (2014). *El suicidio como ofrenda al otro: una interpretación desde el psicoanálisis* (tesina de licenciatura). FES Iztacala, UNAM, México.
- Bonanno, R. y Hymel, S. (2010). Beyond Hurt Feelings: Investigating why some victims of bullying are at greater risk for suicidal ideation, 56, 420-440.
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Ouéda, C. M, Villatoro, J., y Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32, 413-425.
- Borges, G., Orozco, M., Benjet, C., y Medina, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52, 292-304.

- Brezo, J., Paris, J. y Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 180-206.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *Youth Risk Behavior Surveillance System United States*. Recuperado de <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6304.pdf>
- Collazo, S. (2013). *Perfil psicológico y psicosocial de estudiantes universitarios de primer año con riesgo suicida* (disertación doctoral). Universidad del Turabo. Gurado, PR.
- Cumbicos, P. y Solivan, V. (2018). *Depresión como factor asociado a ideación suicida en estudiantes de medicina humana en Trujillo 2016* (tesis de licenciatura). Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.
- Da Silveira, D., Marques-Fidalgo, D., Di Pietro, M., Santos-Jr., J.G. y Oliveira, L.Q. (2014). Is drug use related to the choice of potentially more harmful methods in suicide attempt? *Substance Abuse: Research and Treatment*, 8, 41-43.
- Denis, R. E., Barradas, A. M., Delgadillo, C. R., Denis, R. P. y 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.
- Dessauer, V., Ortiz, P., Hinostroza, T., Bataszew, A., Velásquez A., Correa, M.,... Mulet, A. (2011). Intento de Suicidio Vía Ingesta de Fármacos en Niños. *Revista Chilena Pediatría*, 82, 42-48.
- Duarté-Vélez, Y., Lorenzo-Luaces, L., y Rosselló, J. (2012). Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, autoconcepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23, 1-17.
- Durkheim, E. (1897). *El Suicidio*. México: Editorial Colofón.
- Estrada, M. T. (2013). *El funcionamiento familiar y su relación con las ideas suicidas en adolescentes* (tesis de licenciatura). FES Iztacala, UNAM, México.
- Felipe, A. (2010). La comprensión clásica del suicidio. De Emile Durkheim a nuestros días. *Affectio Societatis*, 12, 1-12.

- Fernández, N. y Merino, H. (2001). Predictores de la ideación suicida: un estudio empírico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 121-127.
- Freud, S. (1886). *Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico*. En *Obras Completas. Vol. I*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1896). *La etiología de la histeria*. En *Obras Completas. Vol. III*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1901). *Psicopatología de la vida cotidiana*. En *Obras Completas. Vol. VI*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1909). *A propósito de un caso de neurosis obsesiva*. En *Obras Completas. Vol. X*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1910). *Contribuciones para un debate sobre el suicidio*. En *Obras Completas Vol. XI*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1913). *Tótem y Tabú*. En *Obras Completas. Vol. XIII*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. En *Obras Completas Vol. XIV*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- García-Alandete, J., Gallego-Pérez, J. F., y Pérez-Delgado, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica*, 8, 447-454.
- García de Alba, J. E., Quintanilla, R., Sánchez, L. M., Morfín, T., y Cruz, J. I. (2011). Consenso cultural sobre el intento de suicidio en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20, 167-179.
- García-de-Jalón, E. y Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25, 87-96.
- García, N. (2006). *Ideación e intento suicida en adolescentes y su relación con el consumo de drogas* (tesis de licenciatura). FES Iztacala, UNAM, México.
- Garduño, R., Gómez, K. y Peña, A. (2011). *Suicidio en adolescentes* (tesina de doctorado). Asociación Mexicana de Tanatología, A.C, México.

- Giddens, A. (2000). *Un mundo desbocado. El efecto de la globalización en nuestras vidas*. Madrid: Taurus.
- Gómez, C. (1996). *Relación entre la ideación suicida y el nivel de estrés psicosocial en estudiantes de nivel medio y medio superior del Distrito Federal* (tesis de licenciatura). UNAM, México.
- González, F. (1996). *Factores protectores y riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes* (tesis de doctorado). UNAM, México.
- González, F. C., Solís, T. C., Jiménez, T. A., Hernández, F. I., González, G. A., Juárez, G. F.,... 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-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M. E. y Sánchez, M. A. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental, 21*, 1-9. Recuperado de http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/702/701
- González-Forteza, C., Ramos, L., Caballero, M. A., y Wagner, F. A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento de suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema, 15*, 524-532.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L. y Ramírez, V. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental, 24*, 16-25.
- Goodwin, F. K. y Jamison, K. R. (1999). *Manic depressive illness*. New York: Oxford Press.
- Gutiérrez, A., Contreras, C. y Orozco, R. (2006). Suicidios conceptos actuales. *Salud Mental, 29*, 66-74.
- Henriques, G., Beck A. T. y Brown, G. (2003). Cognitive Therapy for Adolescent and Young Adult Suicide Attempters. *The American Behavioral Scientist, 46*, 1258-1268.
- Heras, J. A., Amado, A., Bonilla, M. P. y Gurrola, G. M. (2011). Afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Revista Psicología, 15*, 1-18.

- Hernández, A. M., Garrido, L. F. y López, M. S. (2000). Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud Pública de México*, 42, 144-154.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill Educación.
- Herrera, M. (2012). *Consideraciones sobre la tendencia suicida desde el enfoque humanista*. (Artículo para trabajo de grado). Universidad de San Buenaventura Seccional Cali, Colombia.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2018). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (datos nacionales). *Comunicado de Prensa Número 410/18*. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf
- Jiménez, I. (2008). Conducta e ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista Griot*, 4, 5-17. Recuperado de <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1900>
- Jiménez-Ornelas, R. y Cardiel-Téllez, L. (2013). El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. *Papeles de Población*, 19, 205-229.
- Kohli, M. A., Salyakina, D., Pfennig, A., Lucae, S., Horstmann, S., Menke, A.,... Binder, E. B. (2010). Association of genetic variants in the Neurotrophic Receptor-Encoding gene NTRK2 and a lifetime history of suicide attempts in depressed patients. *Archives of General Psychiatry*, 67, 348-359.
- Lorimier, J. (1991). *El adolescente: proyecto vital*. Madrid: Marova.
- Lucio, E., Loza, G., y Durán, C. (2000). Los sucesos de vida estresantes y la personalidad de adolescentes con intento suicida. *Psicología Contemporánea*, 7, 58-65.
- Luis, D. (2003). *Actitud ante el suicidio en adolescentes: Estudio comparativo entre dos niveles de edad* (tesis de licenciatura). Universidad Nuevo Mundo, México.
- Marchiori, H. (1998). *El suicidio: Enfoque criminológico*. México: Porrúa.

- Martínez-Gallardo, R. y Corominas-Castell, N. (1991). Suicidio y toxicomanía. *Adicciones*, 3, 301- 307.
- Medina, G. (2006). La adolescencia: sus particularidades psicológicas y la práctica deportiva. *PODIUM: Revista de Ciencia y Tecnología en la Cultura Física*, 1, 69-83.
- Mesa, G. (1990). *Suicidio: Epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Micin, S., y Bagladi, V. (2011). Salud mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia psicopatológica y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. *Terapia Psicológica*, 29, 53-64.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2014*. La Habana: ONE.
- Miranda, I., Cubillas, M. J., Román R. y Abril, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil factores psicológicos asociados. *Salud Mental*, 32, 490-502.
- Miro, E. (2005). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Editorial Masson.
- Mohler, B., y Earls, F. (2001). Trends in adolescent suicide: Misclassification bias? *American Journal of Public Health*, 91, 150-153.
- Mondragón, L., Borges, G., y Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24, 4-15.
- Monge, J., Cubillas, M., Román, R. y Abril, E. (2007). Intentos de suicidio en adolescentes en educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y Salud*, 17, 45-51.
- Montes, M. F. (2017). *Factores emocionales relacionados con el riesgo suicida en estudiantes y profesionales de enfermería* (tesis de licenciatura). Universidad Rovira Virgili, España.
- Montes, G. y Montes, F. (2009). El pensamiento social sobre el suicidio en estudiantes de bachillerato. *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14, 311-324. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211992007>

- Morales, N. y García, S. (2005). *Propuesta de un taller vivencial para adolescentes con ideación suicida* (tesis de licenciatura). UNAM, México.
- Morón, P. (1992). *El Suicidio*. México: Lito Arte.
- Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15, 81-85.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS*. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Prevención Del Suicidio: Un Imperativo Global*. Washington: World Health Organization. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1
- 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.
- Otero, S. (2004). Depresión y suicidio en niños y adolescentes. *Pediatría Integral*, 8, 635-641.
- Palacios, X., Rueda, L. y Valderrama, P. (2006). Relación de la intención e ideación suicida con algunas variables socio demográficas, de la enfermedad y aspectos psicoafectivos en personas con el VIH/SIDA. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 25-38.
- Pérez, A. (2015). *Terrorismo suicida islámico y su impacto en la sociedad* (trabajo de fin de grado). Universidad Pontificia de Comillas, Madrid.
- Pérez, B., Rivera, L., Atienzo, A., Castro, F., Leyva, A., y Chávez, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Revista Salud Pública*, 52, 324-333. Recuperado de <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002484>
- Quinnett, P. (1997). *Suicide: the forever decision: A book for those thinking about suicide, and for those who know, love, or counsel them*. Nueva York: Crossroads.

- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida. Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. México: Pax.
- Riveros, E. (2014). La Psicología Humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu*, 12, 135-186.
- Salman, D. (2011). *Futuro imperfecto: dimensión hermenéutico-simbólica del suicidio en la obra de Jorge Semprún* (tesis de doctorado). Universidad Iberoamericana, México.
- Santillán, C., Espinosa, V., Sandoval, A. y Eguiluz, L. (2017). Bienestar psicológico, conductas asociadas al suicidio y el desempeño académico en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20, 1124-1150.
- Sarro, B. y De La Cruz, C. (1991). *Los Suicidios*. Barcelona: Martínez Roca, S. A.
- Schweitzer, Y. y Shay, S. (2002). *An Expected Surprise – The September 11th Attacks in the USA and their Ramifications*. Mifalot: IDC & ICT Publications.
- Slimobich, J. (1996). *El Psicoanálisis en la actualidad*. Barcelona: Anthropos.
- Stengel, E. (1965). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. Buenos Aires, Argentina: Horme.
- Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psicología: Avances de la Disciplina*, 7, 93-102.
- Valadez-Figueroa, I., Amezcua-Fernández, R., Quintanilla-Montoya, R., y González, N. (2005). Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior. *Archivos de Medicina Familiar*, 7, 69-78.
- Valdiviezo, L. (2013). Japón y el suicidio. *Observatorio Iberoamericano de la economía y la sociedad del Japón*, 5, 1-2. Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/japon/17/suicidio.html>
- Vargas, D. (2010). El suicidio, sus estatutos y ética del psicoanálisis. *Affectio Societatis*, 12, 1-13.

- Vianchá, M. A., Bahamón, M. J. y Alarcón, L. L. (2013). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Tesis Psicológica*, 8, 112-123.
- Villalobos-Galvis, F. H. (2009). Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud Mental*, 32, 165-171.
- Welch, S. S. (2001). A Review of the Literature on the Epidemiology of Parasuicide in the General Population. *Psychiatric Services*, 52, 368-375.
- Wong, S. S., Zhou, B., Goebert, D. y Hishinuma, E. S. (2013). The risk of adolescent suicide across patterns of drug use: A nationally representative study of high school students in United States from 1999 to 2009. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 1611-1620.