# Universidad Nacional Autónoma de México

## Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Conducta suicida y su relación con el rendimiento académico en alumnos de la FES Iztacala"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

L I C E N C I A D A EN P S I C O L O G Í A

P R E S E N T A (N)

Griselda Esthefani Cruz López

Directora: Dra. Carolina Santillán Torres Torija

Dictaminadores: Dr. Angel Corchado Vargas

Lic. Verónica Estela Flores Huerta

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, 2021

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**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.

# Dedicatorias

Desde hace mucho, incluso desde antes de iniciar este proyecto, ya tenía presente a quiénes agradecer todo lo que he logrado. Mi familia ha sido, es y será una parte importante en mi crecimiento como persona y de forma profesional.

Recuerdo aquellos viernes por la tarde que llegaba cansada y mi madre me dejaba dormir hasta al otro día si yo quisiera, y le decía a mis hermanos que no hicieran mucho ruido; las tantas veces que madrugo por acompañarme a la esquina para ir a la universidad, cada vez que llegaba y había un plato de comida o simplemente un ¿cómo te fue hoy? Gracias por cada una de tus palabras y valentía que hasta el día de hoy nos has demostrado; por ser mi ejemplo de mujer.

No puedo dejar de lado, el esfuerzo de mi padre que salía muy temprano y regresaba hasta el anochecer enfrentando a la vida y dándonos la mejor enseñanza de ser independientes, y trabajar por lo uno quiere. A veces no había domingos de paseo, y sí de trabajo, pero nos divertíamos a nuestra manera. Afrontaste la vida desde niño y en las calles, y todo lo que has logrado, se convirtió en una guía, y agradezco tu ejemplo, que me trajo hasta aquí.

A mis tres grandes hermanas que me dan la alegría de vivir. Naty, fuiste mi base para crecer como estudiante, he aprendido mucho de ti, admiro tu fuerza y lucha para seguir adelante junto con mi sobrino, David que es como mi hijo y mejor amigo que me ha ayudado a ser mejor persona. Rosa Isela, mi gemela, tan valiente y siempre alzando la voz ante las injusticias, me diste fuerza para llevar a cabo este proyecto, pues por las noches al escribir y sentirme cansada, pensaba en ti trabajando a esas horas, y me decía “si ella puede, porque yo no”, y seguía capítulo, tras capítulo. Monis, también eres como mi hija, amiga y gran compañera de viaje en este proyecto, estando ahí tardes y noches con risas para no dormir, hasta que lo logrará y sé que un día también lo lograrás. Eres en nuestra familia esa chispa que no nos deja caer.

Hermano, cada logro también va para ti, me siento en deuda contigo al haber terminado ésta carrera. Aunque estuviste a la distancia, y te extrañaba de momentos, sé que cada uno tiene su destino. Te has atrevido a hacer muchas cosas que yo no, y ahora que eres padre, te admiro como luchas por tu familia. Jesús, estaré ahí si me necesitas.

A mi novio Ángel González, que hizo realidad el cuento que yo me había formado, y que estuvo en cada paso por este proceso y durante la carrera. Por sus palabras para motivarme y hacerme ver que también tengo que agradecerme a mí, lo que soy y he alcanzado. Por amarme.

Sin duda, mis maestros son mi ejemplo como personas y profesionales a lo cual aspiro algún día. Dra. Carolina Santillán Torres Torija, este proyecto también es en su honor, gracias por todas sus enseñanzas, motivaciones, por no dejarme vencer y apoyarme durante todo el proceso a pesar de todos los conflictos que se me presentaron, aunque no fui su alumna en la carrera, es maravillosa la experiencia de compartir con usted.

Dr, Angel Corchado Vargas, como olvidar sus clases y empeño en cada una, su actitud y alegría al enseñar, desde un inicio fue muy enriquecedor aprender de usted y lo sigo haciendo, gracias por formar parte como persona y como profesional, por su apoyo incondicional.

Verónica Flores Huerta, maestra, con usted aprendí a ver las cosas desde perspectivas muy distintas, su forma de enseñar y compartir, me han dejado muchos aprendizajes que llevaré a lo largo de mi vida. Gracias por que con usted me enfrene a realidades como fue el proyecto con personas en situación de calle, que aún desde lo personal no concluyo.

Este proyecto, y sobretodo escribir por ultimo estas dedicatorias, me llenan de felicidad, me hacen sentir muy plena, motivada y prepararme aún más para cada una de las personas que lo necesitan y dejar en alto mi segunda casa, la Facultad de Estudios superiores Iztacala, en la cual no solo estudie lo que me encanta: la psicología, si no también donde lloré, crecí, encontré amigas y el amor.

# ÍNDICE

**RESUMEN** ..... 6
**INTRODUCCIÓN** ..... 7
**MARCO TEÓRICO** ..... 9
**1. EL SUICIDIO: PRINCIPALES CONCEPTOS Y CONDUCTAS ASOCIADAS** ..... 9
**1.1 Antecedentes históricos y su conceptualización** ..... 9
**1.2 Factores de riesgo del suicidio** ..... 14
**1.3 Factores protectores contra el suicidio** ..... 17
**2. MODELOS TEORICOS SOBRE EL SUICIDIO** ..... 20
**2.1 Modelo Cognitivo-conductual** ..... 20
**2.2 Modelo desde la psicología Humanista** ..... 23
**2.3 Modelo de perspectiva de género** ..... 27
**3. LA CONDUCTA SUICIDA EN UNIVERSITARIOS** ..... 31
**3.1 Transición de adolescente a adulto** ..... 31
**3.2 La juventud universitaria en el siglo XXI** ..... 36
**3.3 El suicidio en jóvenes mexicanos** ..... 38
**4. EL RENDIMIENTO ACADÉMICO Y LA CONDUCTA SUICIDA** ..... 41
**4.1 ¿Un Reflejo de Productividad o Aprendizaje?** ..... 41
**4.2 Conductas asociadas al suicidio y el rendimiento académico en jóvenes universitarios** 42
**4.3 La conducta suicida en carreras del área de la salud** ..... 45
**INVESTIGACIÓN** ..... 49
**5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA** ..... 49
**5.1 Justificación** ..... 49
**5.1.1 Teórica** ..... 49
**5.1.2 Práctica** ..... 50
**5.2 Preguntas de investigación** ..... 50
**5.3. Objetivo general** ..... 50
**5.3.1 Objetivos específicos** ..... 50
**5.4 Hipótesis** ..... 51
**5.5 Definición de variables.** ..... 51
**5.5.1 Variables independientes** ..... 51

**5.5.2 Variable dependiente** ..... 52
**5.5.3 Variable activa** ..... 52
**6. MÉTODO** ..... 53
**6.1 Tipo de estudio** ..... 53
**6.2 Participantes** ..... 53
**6.3 Escenario** ..... 53
**6.4 Materiales** ..... 53
**6.5 Instrumentos** ..... 53
**6.6 Procedimiento** ..... 54
**7. ANÁLISIS DE DATOS** ..... 55
**8. DISCUSIÓN** ..... 81
**9. CONCLUSIONES** ..... 90
**REFERENCIAS** ..... 95

## RESUMEN

El comportamiento suicida en la juventud es una expresión de la pérdida del sentido de la vida, de la poca sensibilización de la sociedad e intervención de políticas públicas ante un acto que se comete a diario. En la presente investigación se analizaron los datos de las tres fases que conforman la conducta suicida (pensamiento, planeación e intento), en alumnos de la FESI, de primer semestre durante el periodo 2016-2018 mediante el instrumento IRIS, con el objetivo de correlacionar las conductas asociadas al suicidio y el rendimiento académico además de mostrar la prevalencia de estas conductas en cada una de las carreras. El total de participantes para este periodo fue de 7,540 alumnos entre 17 y 25 años (65.52% mujeres, 34% hombres). Se realizó un análisis general y por año de las tres fases, y posteriormente la relación entre el promedio de egreso del bachillerato. Se encontró una correlación significativa e inversamente proporcional en cada uno de los tres años analizados entre las conductas asociadas al suicidio y el rendimiento escolar con un aumento constante, lo que indica que existen más comportamientos de riesgo, cuando el promedio escolar es menor.

Los resultados muestran que conforme avanza el año, también van en aumento cada una de las fases, la ideación suicida con un 18.13%, seguida de planeación con 12.4% y por último el intento suicida con 6.84%. En cuanto al sexo, el pensamiento suicida es alto en mujeres en 2016, aunque los hombres puntúan en mayor proporción en los siguientes años. Por carreras, Cirujano Dentista se sitúa como una de las carreras con alto índice en las tres fases y en los tres años, seguida de Enfermería y Psicología, sobretodo en ideación tiene porcentajes significativos.

**Palabras clave:** conducta suicida, rendimiento académico, jóvenes, suicidio, perspectiva de género.

# INTRODUCCIÓN

Continuamente el ser humano experimenta situaciones complicadas que, desde su percepción, pueden ser o no difíciles de afrontar, y quien cuente con habilidades y competencias necesarias podrá superarlas notablemente a diferencia de quién en su intento de encontrar una solución, recurre a conductas no funcionales que incluso ponen en riesgo su propia existencia.

Siendo así que el incremento de comportamientos de riesgo en nuestro país y sobretodo en la etapa de la juventud, ha ubicado al suicidio como una de las principales causas de muerte en este sector, entre edades de 15 a 29 años (OMS, 2016).

Lo que implica cuestionar y entender, ¿qué está pasando con el sentido de la vida o filosofía de vida de las y los jóvenes? Pues pareciera que se está perdiendo día con día al enfrentarse a una realidad que ve influenciada negativamente por situaciones de violencia e injustica en tema de derechos humanos, discriminación, o pérdidas, tanto económicas como de pareja, familia, etc., y que no tan fácilmente son afrontados independientemente del sexo o género.

La presente investigación pretende dar un panorama sobre cómo este fenómeno no es un hecho individual sino social, y en las edades que se mencionan se ubican los universitarios, quienes son un elemento crucial en este estudio.

Los primeros capítulos tratan de dar una explicación sobre la conceptualización del suicidio, así como conductas asociadas a éste y la transición de la adolescencia hacia la adultez, etapa donde atraviesan cambios que influyen en su salud psicológica, así como el contexto escolar que puede aumentar la cantidad de eventos que son altamente estresantes.

Posteriormente se retomaron diferentes perspectivas psicológicas para entender el suicidio desde una visión no determinista. Por lo cual, se abordará el enfoque cognitivo-conductual, psicología humanista y desde la perspectiva de género, ya que son varias las investigaciones que afirman que el suicidio es un hecho social que afecta de forma diferente

a las mujeres y a los varones (Millán, García, Alfeo y Rosado, 2014). Y es en el ambiente escolar, donde se puede intervenir satisfactoriamente ya que la mayor parte del tiempo es repartido en este contexto, por lo que es vital una educación integral y resaltar cómo el estado emocional repercute en el aprovechamiento escolar.

Por tanto, se realizó una correlación entre conductas asociadas al suicidio en jóvenes universitarios y el rendimiento escolar (tomando como base el promedio de egreso de un tamizaje en estudiantes de la FES Iztacala de todas las carreras, estos datos fueron recabados en tres años consecutivos, del periodo 2016 a 2018, por parte de la estrategia Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio (CREAS).

Además, se resalta la importancia de la escuela, familia y sociedad para fungir como factor protector, sin evadir o tomar el tema como tabú una vez detectadas señales de conductas asociadas al suicidio. Y de manera específica, en el ambiente educativo, detectar grupos de riesgo, con evaluaciones periódicas y longitudinales para una intervención eficaz.

Por último, un estado emocional funcional es necesario en la educación, y en la universidad donde se están formando a los futuros profesionistas que se enfrentarán a nuevos conflictos tanto psicológicos como físicos, el autocuidado tendría que ser primordial en el perfil del estudiante, brindándoles herramientas para poder ser resilientes y tener recursos suficientes para su autorrealización como seres humanos.

# MARCO TEÓRICO

## 1. EL SUICIDIO: PRINCIPALES CONCEPTOS Y CONDUCTAS ASOCIADAS

*"Porque en los hombres que el dolor devora*
*el alma llora, mientras el rostro ríe"*

Juan de Dios Peza

El presente capítulo abordará conceptos, así como significados que conciernen al fenómeno del suicidio, partiendo de antecedentes históricos y filosóficos, para poder analizar un panorama que se ha ido transformando, pero que no se ha contenido, al contrario, sigue en aumento, como se mostrará más adelante mediante cifras alarmantes en nuestro país y a nivel mundial.

### 1.1 Antecedentes históricos y su conceptualización

Para comenzar a definir al suicidio como un acto que comete una persona para terminar con su vida, es necesario conceptualizarlo en pleno siglo XXI. En primer lugar, aún es tema tabú que se refuerza al aparentar que "no pasa nada", probablemente por miedo de abordar el tema con la persona que expresa las primeras señales de este violento comportamiento y se crea la falsa creencia de que "el hablar de conductas asociadas al suicidio, alienta su propósito".

En segundo lugar, la o las personas que estuvieron cerca de quién ha cometido el acto, muy seguramente pueden generar sentimientos de culpa, frustración e incluso impotencia por no haber prevenido o intervenido; por lo que es necesario ser conscientes de que este tipo de conductas se pueden observar en nuestros círculos más próximos (familia, amigos, compañeros de trabajo o escuela, etc.) y es desde esta perspectiva donde la intervención adquiere un papel relevante si se participa de forma activa y humana.

Sin embargo, parece que vivimos en una cultura que educó a la sociedad a no hablar del suicidio, a no abordarlo y a no prepararse para ser resilientes ante eventos estresantes, pues ni siquiera se enseña sobre el concepto de muerte como un fin natural. Por ejemplo, si

se le pregunta a un grupo de personas cuál es el significado del suicidio para cada una de ellas, nos hablarán desde su sentir y su experiencia permeada por la cultura y medios de comunicación. Entonces, a partir de ahí, comenzamos una conceptualización acerca del entendimiento y prevención de esta situación devastadora, que hoy en día vive en la desvalorización, detrás de los silencios y de una reducción de la importancia de la salud mental.

Cabe mencionar que, debido a su lamentable aumento, en el año 2003, la Organización Mundial de la salud (OMS), estableció al suicidio como un problema de salud, y el 10 de Septiembre se nombró "Día Mundial de la Prevención del Suicidio" por la Asociación Internacional de Prevención al suicidio (AIPS) (Chávez y Leenaars, 2010; citado en Cabrera y Flores, 2013).

Actualmente se estima que cada 40 segundos ocurre un suicidio en el planeta (OMS, 2018), sin duda un incremento alarmante para la sociedad en general, y en la etapa de transición de la adolescencia hacia la adultez es donde se presentan este tipo de conductas de riesgo con mayor frecuencia. En específico en el ámbito educativo, las y los jóvenes, atraviesan por situaciones nuevas y estresantes para adaptarse a su contexto y como consecuencia de estos cambios su esfera socio-emocional se vulnera continuamente.

Como antecedentes históricos, se resalta una transformación en la conceptualización del fin último de la conducta suicida. Un ejemplo situado en el continente asiático, en específico Japón, "era considerado un acto de honor y veneración", denominado *Harakiri*, realizada por hombres que perdían batallas, pues era preferible morir que ser vencido, (García, 2008) por el contrario, en la actualidad es visualizado como una decisión que proyecta debilidad, vergüenza o repudio (Jiménez y Cardiel, 2013). Lo que suena paradójico ya que, ahora que no se percibe como un acto de honor, han aumentado de forma alarmante las estadísticas.

Para poner en contexto un antes y un después de esta conceptualización, es necesario centrarnos en la época de los griegos, empezando por el filósofo Sócrates. Él concebía el suicidio como una liberación tanto para el cuerpo como para el alma, sin embargo, para

Platón era un acto degradante, aunque menciona excepciones como, un mandato judicial o debido a actos de vergüenza (Cabrera y Flores, 2013a). Aristóteles lo percibía como un acto de cobardía (García, 2008a). En Atenas se privaba de sepultura al cadáver como un castigo y se consideraba una ofensa a Dios (García, 2008b; Cabrera y Flores, 2013b; García, 2006).

En Roma también se resalta la influencia de filósofos en la visión del suicidio. Como "el poeta del suicidio Lucano" o "Séneca", con el argumento: "el suicidio es pensar en libertad", es decir:

> Vivir no es ningún bien, si no se vive bien; el hombre sabio vive lo mejor que puede, no lo más que puede, siempre pensará en la vida, en términos de calidad, no le cantidad; morir antes o después es irrelevante (García, 2008c, pp. 3).

Ahora bien, esta transformación parte de la significación que la religión católica-cristiana estableció, comenzando por San Agustín, ya que lo calificaba como un pecado sin justificación (Cabrera y Flores, 2013c). Ya para el renacimiento surge una nueva premisa, el suicidio como "crimen o pecado", donde se justificaba el acto al ser cometido para mitigar dolor y sufrimiento, es entonces cuando se cambia del humanismo emocional al racional. Más adelante, la filosofía positivista de Hume defiende el derecho del ser humano de disponer de su propia vida (García, 2006a).

Posteriormente, y gracias a investigaciones enfocadas al tema, se comienza a analizar el suicidio desde una visión más objetiva, deja de lado como única perspectiva la moral-mítico-religiosa que traía arrastrando y que limitaba su estudio. Aunque cabe aclarar que la consecuencia más grave que se creó a lo largo de esta transición es el "tabú", ya que todavía en la década de los 50'S se creía que sólo los enfermos mentales podrían atentar contra su vida (García, 2006b). Se comenzó a pensar más allá de una problemática individual o social, es decir, como una relación de interdependencia que aumenta y que se ha vuelto una expresión de la sociedad en su cotidianidad.

En la actualidad, la definición de suicidio más usada hasta la fecha hace referencia al acto de una persona al quitarse la vida, la etimología de la palabra suicidio, proviene del latín *suicidium*: *sui* (sí mismo) - *cidium* (matar) (Rosado, García, Alfeo, y Rodrigo, 2014), aunque

sigue en debate la premisa sobre este hecho, es decir, ¿se realiza o no intencionadamente?, pues se argumenta que, aunque pareciera ser una decisión individual, la sociedad influye sobre esta conducta.

Siguiendo a los autores Jiménez y Cardiel, (2013a) resaltan a Émile Durkheim, como el principal pionero acerca del tema. En su obra *El suicidio* (1897), lo define como "todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la misma víctima, sabiendo ella que debía producir ese resultado", y que es llevado a cabo por una persona en una etapa de su vida altamente sensible (Marchiori, 1998:1; citado en Jiménez y Cardiel, 2013b).

García en (2006c), aborda el suicidio como "fenómeno universal que ha estado presente en todas las épocas, permeada bajo influencias religiosas, filosóficas, a las estructuras sociopolíticas y culturales, pero sobre todo al concepto de muerte que se tenía"

Desde otro punto de vista: Schopenhauer hace referencia que:

> La persona que comete suicidio busca desesperadamente librarse de males y dolores antes que acabar con su vida; es decir, al destruir su cuerpo no renuncia a la voluntad de vivir, sino a una vida que le hace sufrir, pues las circunstancias le impiden gozar de ella (Martínez & Guinsberg, 2009; citado en Vázquez, Piña, González, Jiménez y Mondragón, 2015, pp 67).

Por otra parte, la conducta suicida se conforma de 3 fases (Pérez, 2004; citado en Córdova, Rosales, Caballero y Rosales, 2007):

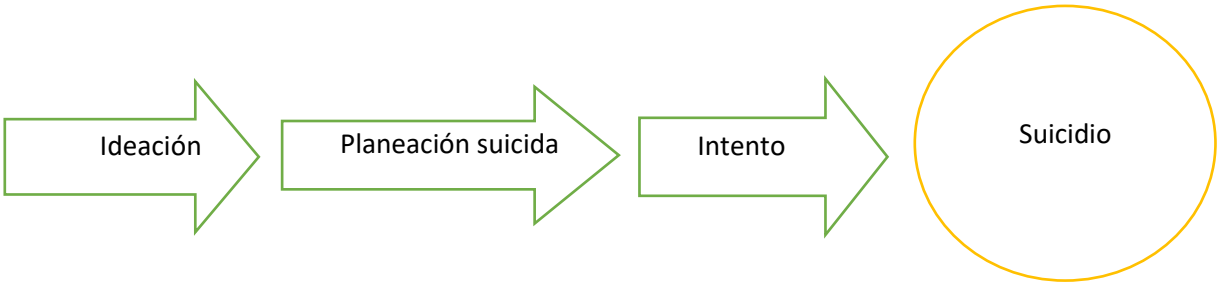
*Ideación suicida*, que se centra en pensamientos recurrentes de terminar con la propia existencia. Autores como Gómez, Opaz, Levi, Gómez, Ibáñez, Núñez (2014) encontraron en una de sus investigaciones que más de la mitad de personas antes de consumir el acto, comunicaron ideas suicidas a otras personas cercanas.

*Intento suicida*, que se le denomina también, tentativa de suicidio, o suicidio fallido sin resultado de muerte, sin embargo, es precedido de la planeación en la mayoría de las

ocasiones, ya que la persona busca el método por el cual realizar el acto, hace referencia al cómo, con qué, cuándo y dónde, por lo que podría considerarse como una fase.

*Suicidio consumado*, refiriéndose a cualquier lesión auto infringida que resulta con la muerte del sujeto. La siguiente figura representa las fases previas:

*Figura* 1. Fases de la conducta suicida.




Conforme a investigaciones realizadas, se ha creado un perfil de conductas que una persona comienza o deja de hacer desde la primera fase y que muestran que están viviendo un proceso de crisis y estrés, conductas que se pueden observar si se les presta la atención debida. Según la estrategia, Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio (CREAS) (2019), que forma parte del Centro del Apoyo y Orientación para el Estudiante (CAOPE) dentro de la FES Iztacala, resalta las siguientes:

- Cambios en los hábitos de dormir y de comer
- Aislamiento de amigos, de la familia o de las actividades habituales.
- Comportamientos rebeldes o agresivos.
- Abandono fuera de lo común en su apariencia personal.
- Cambios pronunciados en su personalidad.
- Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse.
- Deterioro en la calidad de su trabajo escolar.
- Quejas somáticas persistentes.
- Apatía exacerbada.
- Desinterés por el orden y la limpieza, y por objetos por los cuales antes se veía entusiasmado.
- Donación de objetos estimados.

- Comunicaciones escritas o verbales que describen la intencionalidad y a veces el plan suicida.
- El no contemplar el futuro al hablar con otro.

Esta estrategia, hace hincapié en que no se necesita ser un profesional de la salud, para aprender a detectar conductas asociadas al suicidio, por lo que creó el curso "Guardián de emergencias psicológicas", y hacer frente a esta situación que la puede estar viviendo alguien cercano, saber cómo actuar desde la ética, responsabilidad, al contar con habilidades y herramientas.

## 1.2 Factores de riesgo del suicidio

Es cierto que, desde pequeños, y conforme vamos creciendo, se van perdiendo valores. Sobretodo el respetar y tratar de entender el dolor del otro, el ser humano es menos empático en pocas palabras, eso conlleva a ignorar el dolor ajeno e incluso a evadir el de nosotros mismos, conformándose con lo que sentimos, al pensar que "con el tiempo se cura todo", o se crea la falacia de que "morir es una manera de ponerle fin a los problemas" sin tomar en cuenta que se puede aprender a afrontar de una manera funcional las situaciones estresantes y traumáticas.

Aunado a lo anterior, la forma de percibir el contexto, influenciado por las personas con las que convivimos que también pueden realizar conductas de riesgo, además de la manera en que hemos aprendido a no ser resilientes, incrementa la probabilidad de que se llegue a cometer uno de los actos más violentos contra sí mismo, es decir, cuando no se tiene una percepción funcional de sí mismo y por ende no cuenta con las suficientes habilidades sociales, el individuo está en riesgo de sufrir, pero también de no afrontar eventos estresantes, ya que en un estudio de Chávez, Macías y Luna (2011), el 45.1% de los participantes, tanto hombres como mujeres, mencionaron como razón principal el haber tenido problemas en sus relaciones interpersonales para cometer suicidio.

Entre las principales causas de este lamentable acto, o principales factores de riesgo se destacan: una conducta suicida previa, comorbilidad psiquiátrica, ser hombre, edad avanzada o situarse entre los 15 a 24 años, soltería, entre otros más (Rodríguez, Santander, Aedo y Robert, 2014). De acuerdo a la OMS (2018), las enfermedades mentales, los trastornos por

consumo de alcohol, el abuso de determinadas sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales hacen más probable esta conducta.

Se ha encontrado que la familia puede propiciar comportamientos que desencadenan trastornos suicidas, podría hablarse que los trastornos psiquiátricos también son hereditarios (Rosado, et al, 2014a). Existe evidencia de que en determinadas circunstancias una situación económica alta pudiera tener mayor asociación al suicidio que la pobreza (Rodríguez, et al, 2014a). Así también, el estado civil en particular ser soltero, la viudez, divorcio o ser huérfano; por escolaridad, entre más baja sea mayor riesgo de conductas asociadas; y en cuanto al lugar donde se lleva a cabo la acción se resalta en primer lugar el hogar (Jiménez y Cardiel, 2013d).

Un aspecto importante de las investigaciones previas es que alrededor de 75% de los casos de intento de suicidio en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica reportaron antecedentes de algún trastorno psiquiátrico (Borges, et al, 2010b). El principal trastorno detectado es la depresión, y cada síntoma aumenta la probabilidad de experimentar intentos de suicidio.

También la percepción de un ambiente familiar negativo, la percepción de rechazo y conflictos dentro del entorno familiar aumentan este tipo de comportamientos y las posibilidades de que las y los jóvenes ideen o intenten el suicidio son mayores al no existir factores de protección en el hogar (Monge, et al, 2007a). Entonces este tipo de conductas son más probables cuando existe un estrés relacionado con familiares y de pares, respuestas de afrontamiento inadecuadas e ineficientes como resultado de la falta de experiencia de lidiar y resolver conflictos cotidianos.

Por otro lado, los métodos más comunes en todo el mundo son: la ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego (OMS, 2018), éstos últimos utilizados con más frecuencias por los varones, lo que apoya el argumento de Chávez, Pérez, Macías y Páramo (2004). En cuanto a intentos de suicidio se ha registrado que los hombres, a diferencia de las mujeres, utilizaron métodos cuya eficacia para consumar el suicidio es más elevada. De cualquier manera, parece observarse que la elección del método responde en mucho a la economía y accesibilidad, lo que lo convierte en un factor de riesgo.

Otro factor de riesgo muy importante es la carente expresión emocional en los varones ya que en pleno siglo XXI aún vivimos en una cultura que reflejan el patriarcado, que desde el punto de vista de la perspectiva de género impide que expresen sentimientos, a diferencia de las mujeres, siendo éstos los que tienen un mayor número por suicidios y los que dan menos señales (Santillán, Espinosa, Sandoval y Eguiluz, 2017). Lo que evidencia que al ser humano no se le enseña a canalizar emociones siendo que en el ámbito escolar, debe ser base fundamental.

Gómez (et al, 2014a), menciona que otro método relevante es el ahorcamiento ya que fue empleado por 24 de los 26 varones, y por una de las cuatro mujeres de su estudio, varios de ellos dejaron cartas o notas escritas y también se encontró que casi la mitad se auto eliminó bajo la influencia del alcohol.

Esto permite afirmar que el incremento en el consumo de drogas legales e ilegales en adolescentes se relaciona con el aumento de intentos de suicidio y de suicidios consumados en dicha población y en mayor porcentaje en varones. Las drogas de mayor consumo fueron el alcohol y el tabaco, seguidas por los de tipo inhalables (solvente, pegamento, pintura, cemento, monas) (González-Forteza, Juárez, Montejo, Oseguera, Wagner, Jiménez, 2015).

Otra variable analizada es la edad, y se ha estimado que la muerte por suicidio se lleva a cabo a edades cada vez más tempranas, sin embargo, esto también podrían indicar que la conducta de ideación comenzaría a presentarse en individuos cada vez más jóvenes, de ahí la necesidad de intervenir en etapas de desarrollo primarias, como en sus contextos, por ejemplo, comunidad y escuela, ya que en esta última pasan la mayor parte de su tiempo. En cualquier caso, dado que existen diferentes factores que colocan a esta población en mayor riesgo, se deben implementar estrategias de intervención para atenuar el impacto de este fenómeno.

Así pues, se hace hincapié en la relación entre conductas asociadas al suicidio y el rendimiento escolar en universitarios. Particularmente en México, se necesita dedicar mayores esfuerzos a la detección de grupos de riesgo, tratamiento y prevención, para evitar el incremento en la conducta suicida.

### 1.3 Factores protectores contra el suicidio

Cuando una persona, ha aprendido a afrontar de manera no funcional eventos estresantes, continuamente elige métodos que no son favorables para solucionarlos. En el caso de las conductas asociadas al suicidio, desde la ideación hasta la muerte en última instancia, deja graves consecuencias no sólo para la persona si no para la familia y sociedad.

Se estima que, por cada suicidio, hay muchas más tentativas de suicidio cada año. Entre la población en general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante OMS (2018), ya que por cada suicidio cometido hay múltiples intentos de suicidio (Sarabia, 2014).

Borges et al, (2009; citado en Vázquez, et al, 2015a) reportan que aproximadamente diez intentos por cada suicidio consumado, y cada intento tiene la posibilidad de resultar en la muerte o en una lesión física a largo plazo, causando un profundo sufrimiento psicológico, por tanto, se convierte en un importante factor que se traduce en tasas estandarizadas de mortalidad elevadas cuarenta veces, y hasta cien veces en el semestre post tentativa (Gómez, et al, 2014b).

Algunos autores han propuesto un fenómeno de “contagio”, a propósito de los suicidios en cadena *(cluster suicides)* (Gómez, et al, 2014c). Si bien es cierto, la probabilidad aumenta cuando se ha tenido una experiencia cercana, es decir, si algún familiar o amigo lo haya cometido, lo que puede ocasionar crisis familiares, focalizar la atención en la persona o generar culpa y venganza por diversas cuestiones (Jiménez y Cardiel, 2013a).

Es lamentable que este tipo de conductas vayan aumentando, y que el grupo de riesgo más vulnerable sean los jóvenes, a quienes se les ha denominado el futuro del país, pero lleno de incertidumbre. Por parte de las autoridades actualmente se nota la poca atención a políticas públicas para el área de salud mental a diferencia de otras áreas como la salud física y, a menos que se tomen acciones, podrá contener este fenómeno (Borges, et al, 2010d).

Por tanto, como factores protectores se resalta la autoestima, la percepción de apoyo familiar y ambiente familiar (González, Medina, Sánchez, 1998), sin olvidar un entrenamiento

en afrontamiento de problemas. Autores como Johnson, *et al* (2010; citado en Sánchez y Robles, 2014) hace hincapié en algunas variables que fomentan la resiliencia para afrontar situaciones de crisis como:

> "El auto concepto positivo entendido como la valoración (positiva) que hace el adolescente de sus propias habilidades, capacidades y actitudes se contempla como un aspecto clave, así como la autorregulación y la flexibilidad cognitiva entendidas como la capacidad de un adolescente para responder adecuadamente a las exigencias del entorno regulado" (pp.185).

Así también, en cuanto a la prevención de intentos de suicidio o muerte por suicidio, radica precisamente en la identificación y el tratamiento de los sujetos con trastornos mentales. No sólo en los trastornos del estado de ánimo, sino también en los trastornos por abuso de sustancias y de control del impulso.

Es así que, "es tarea de los clínicos de México que no solo se centren únicamente en aquellos con trastorno depresivo, (Borges, et al, 2010c). Ya que proporcionan sólo una visión reducida de lo que realmente sucede con las lesiones autoinfligidas y los pensamientos suicidas, consideradas las partes más difíciles de estudiar (Monge, et al, 2007b).

Por último, la siguiente tabla resume algunos de los factores de riesgo y protección para las conductas asociadas a los cuales se les debe prestar suma atención para poder prevenir e intervenir en esta problemática.

**Tabla 1.**

*Factores de riesgo y protección del suicidio según Sánchez y Robles en 2014.*

| Factores | | |
|---|---|---|
| De Riesgo | De Protección | |
| El abuso, la violencia y las relaciones conflictivas. | Internos | Externos |
| Trastornos mentales. | Autoconcepto positivo | Apoyo social emocional |
| Estigmatización de quienes buscan ayuda por comportamientos suicidas o por problemas de salud mental | Razones para vivir | Resolución de conflictos no violentas |
| Adicciones | Autorregulación del humor | Relaciones positivas con familia, compañeros de escuela y profesores, |
| Antecedentes familiares de suicidio/ Intentos de suicidio previos. | Empatía | Sentido de pertenencia |
| Situación financiera | Perseverancia hacia metas | Valores relacionados con la identidad sexual y étnica |
| Sociodemográficos: (de entre 15 y 29 años, ser hombre, estado civil, soltero, viudo.) | Manejo de emociones | Disponibilidad y fácil acceso a servicios de salud mental y comunitaria |
| | Habilidades para pedir apoyo y ayuda inmediata | |
| | Expresión de emociones | |
| | Resolución de conflictos | |

Fuente: Elaboración propia.

# 2. MODELOS TEORICOS SOBRE EL SUICIDIO

*"Las creencias humanas,*
*como todos los demás crecimientos naturales,*
*eluden la barrera de los sistemas"*
Miguel de Unamuno

El análisis de temas tan complejos como el suicidio, se ha estudiado desde perspectivas diferentes, con el fin de comprender y abordar lo más objetivo posible tanto el proceso como el acto último. Para ello, teorías psicológicas como el modelo cognitivo-conductual, el enfoque humanista y la perspectiva de género profundizan en la investigación para intervenir desde su visión, al compartir una meta: promover la importancia de la salud psicológica como autocuidado del ser humano.

## 2.1 Modelo Cognitivo-conductual

Una de las principales teorías psicológicas que dieron pie al estudio del comportamiento humano desde una perspectiva radical fue la conductista, la cual influyó de manera determinante en las escuelas "mentalistas" y modificó a muchas de éstas de manera tal que actualmente se les considera como ciencias cognitivas (Simon y Kaplan, 1990).

Con respecto al primer punto, las ciencias cognitivas al igual que el conductismo, parten de la experimentación como metodología, se deja de lado la introspección directa, y como objeto de estudio "mente-alma" y se diferencian por la forma de explicar y predecir el comportamiento meramente a través de sus consecuencias.

Es para los años sesenta, por la necesidad clínica de enfrentar las problemáticas psicológicas, que surge la teoría cognitivo-conductual propiamente. Este enfoque enfatiza la relación interactiva de cinco elementos: el ambiente, el organismo, la conducta, la cognición y el proceso afectivo. Prestando más atención a los procesos cognoscitivos en términos de lo que sabe, lo que piensa, lo que cree y lo que espera.

La aproximación cognitivo conductual nace a partir del desarrollo de la terapia o modificación de conducta con técnicas y conceptos de la teoría cognitiva caracterizándose por la conducta y cogniciones que generalmente el paciente conceptualiza como problema (Antecedentes y Desarrollo de la Psicología Cognitivo Conductual, 2015). Hace énfasis en que las causas de los trastornos psicológicos derivan de los conocimientos y pensamientos de los individuos, entonces, al modificar los pensamientos, se modifican las emociones y la conducta. Algunos de los principios sobre los cuales se maneja esta postura según Mahoney (1977; citado en Kendall y Norton-Ford, 1988) son:

a) El individuo responde a las representaciones cognoscitivas del medio, no sólo al medio.

b) Esas representaciones se relacionan con el proceso de aprendizaje.

c) Gran parte del aprendizaje humano se establece cognoscitivamente.

d) Existe una relación interactiva y causal entre los pensamientos, los sentimientos y las conductas.

Por tanto, el modelo cognitivo-conductual considera que los patrones de comportamiento disfuncional, son derivados de pensamientos de su misma índole, por lo que pueden interferir en el proceso de modificar conductas e interferir en crear hábitos y estilos de vida desde la salud mental (Meinchenbaum, 1998).

Otro factor importante es que combina la teoría del aprendizaje con aspectos de procesamiento de la información en su intento de explicar cómo se desarrollan las conductas, la parte terapéutica, radica en la tesis de que toda conducta funcional o disfuncional, es aprendida, y por tanto puede modificarse, centrándose en la conducta observable y la relación con su ambiente (Reyes y Saiz, 2019). Este modelo resalta el aporte de Bandura a la ciencia psicológica, sobre cómo el aprendizaje por observación o vicario, sirve como una forma de analizar la adquisición de patrones de comportamiento en general.

Es así, que el ser humano aprende mediante su relación con el entorno, comportamientos que pueden impulsar su desarrollo o truncarlo. Entonces, la conducta, junto con las cogniciones y emociones están fuertemente interconectadas, por lo que, al observar estratégicamente esta vinculación, permitirá generar cambios en el comportamiento.

Para analizar e intervenir respectivamente desde la terapia cognitivo-conductual, autores como Amador, González, Galicia, Galindo, Domínguez, Reyes, Gutiérrez (2017), señalan que es un mecanismo eficaz para reducir el riesgo y la ideación suicida en pacientes con historial de intentos suicidas medidas por los instrumentos Plutchik y Beck.

Basados en la terapia cognitiva de Beck (2018; citado en Amador, et al. 2017), que consiste en el cambio de comportamiento con técnicas como la psico-educación, identificar los pensamientos automáticos, y creencias centrales que llevaron al intento suicida. Por su parte Duarté, Torres, Spirito, Polaco y Bernal (2016; citado en: Amador et al, 2017), al realizar un estudio ambulatorio en adolescentes portoriqueños con crisis suicidas, demostró tener satisfacción con el tratamiento cognitivo-conductual con una tasa de retención del 73%.

Por consiguiente, se ha demostrado un gran impacto para atender a pacientes con depresión y que presentan ideación suicida, actuando en los pensamientos de desesperanza. Investigadores han concluido que la TCC, en combinación con la medicación, potencializa la reducción de la ideación suicida (TadsTeam et al., 2004; citado en Rosselló, Duarté-Vélez, Bernal, Zuluaga, 2011). Siendo que un 89.6% evidenciaron cambio clínico significativo en post-tratamiento, con una reducción significativa de la ideación suicida (Rosselló, et al, 2011a).

Los mismos autores hacen referencia a estrategias utilizadas como:

- Reestructuración de pensamientos desadaptativos.
- Identificación de sentimientos y emociones.
- Adquisición de destrezas para la solución de problemas y para una comunicación más efectiva.
- Fortalecimiento de redes de apoyo y la participación en actividades agradables.
- Enseñanza en solución de problemas.
- Conceptualización de caso clínico.
- Habilidades de afrontamiento, reducir la impulsividad y ampliar redes de soporte social (Brown, Ten, Henriques, Xie, Hollander & Beck, 2005; Henriques, Beck & Brown, 2003; citado en Toro, 2013).

En resumen, el factor psicológico influye desde los pensamientos, que conlleva a una emoción y por ende a un comportamiento no siempre funcional en la vida cotidiana. Por lo que, en el proceso de la conducta suicida, la ideación referida en pensamientos recurrentes y

automáticos en la mayoría de veces, se pueden traducir en las siguientes fases de planeación e intento, y en su peor desenlace: la muerte.

## 2.2 Modelo desde la psicología Humanista

La Psicología Humanista tiene sus orígenes en Estados Unidos de América, en el año 1962. En el contexto donde se desarrolla, la humanidad traía estragos de la violencia vivida de la Primera y Segunda Guerra Mundial, el ser humano había violentado su ser y el de los demás, enfrentaba una era de revolución cultural a nivel de un cambio y cuestionamiento de todo lo existente (Riveros, 2014), hasta de sí mismos. Es importante mencionar que este enfoque difiere de otros por el hecho de trascender determinismos y fragmentación de los modelos vigentes del Psicoanálisis y del Conductismo para estudiar al hombre como un "ser total".

Su orientación teórica es fenomenológica, con fundamento en una terapia con una atmósfera cálida y carente de juicios, que es una condición primordial dentro de la terapia centrada en el cliente (Reyes y Saiz, 2019). El terapeuta es quien crea, en primer lugar, el ambiente con el cliente, con base en o a partir de las tres actitudes básicas y esenciales que son: empatía, aceptación incondicional con el otro y la congruencia entre lo que piensa, dice y hace.

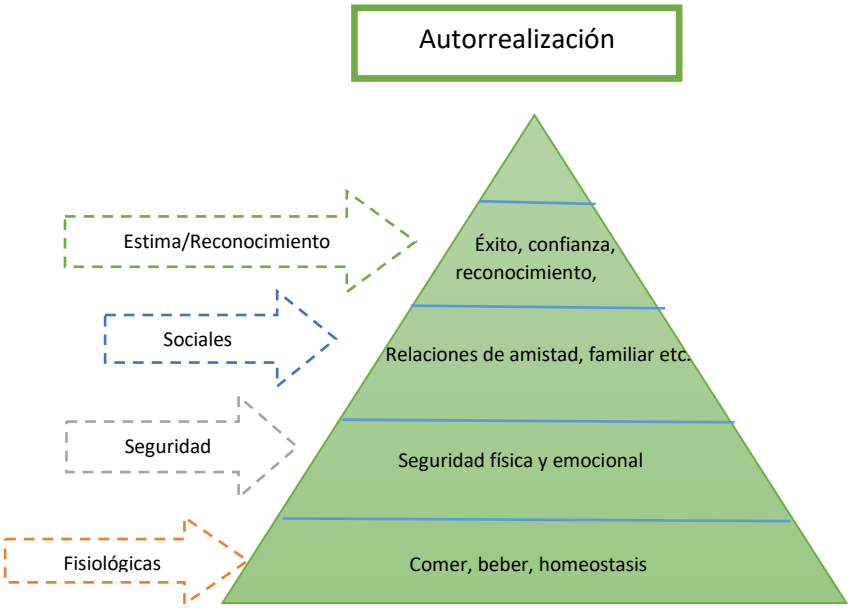
Para esta teoría, "la conducta es un conjunto de intentos dirigidos a metas por parte del organismo a fin de satisfacer necesidades que se incluyen bajo el impulso de aumentar al sí mismo fenomenológico" (Reyes, 2019), y es precisamente desde su libre albedrío que el ser humano se encuentra en una constante búsqueda de su potencial interno y autorrealización.

Entre sus principales fundadores se encuentran: Kurt Goldstein, Erich Fromm, Carl Rogers, Aldous Huxley, Abraham Maslow, por mencionar algunos. Por ejemplo, Maslow (1997; citado en Corchado, 2016) resalta ocho vías de la autorrealización que le permiten al ser humano, llegar a descubrir su potencial.

1. Abstraerse: pensar en uno mismo y sin poses.
2. Elegir: tomar en cuenta los pros y los contras de cada cosa que hagamos.
3. Autoescucharse: decir y hacer lo que se piensa.
4. No dudar: permitirse actuar con honestidad y responsabilidad.

5. Ser valiente: atreverse a manifestar la actitud y el punto de vista ante las situaciones.
6. Ser ambicioso: exigencia en uno mismo sin competir con los demás, con la meta de ser mejor que ayer.
7. Buscar el *meta consejo*: mediante la comunicación consigo mismo y con el otro, compartiendo su ser.
8. Autoconocimiento: valorar las cualidades y defectos, analizar a dónde quiero llegar y que me obstaculiza para trabajar en ello.

*Figura* 2. Pirámide de Maslow




La autorrealización se obtiene mediante el sentido a la vida, si no se ha descubierto el sentido de la vida, con dificultad se alcanzará, así mismo, por medio de la autotrascendencia. Trascender es reflexionar sobre la existencia y el sí mismo, pues al pensarse el sí mismo, es posible dejar de lado el propio ser y trascender a otros (Herrera, 2012a).

Cabe mencionar que, desde esta visión, es "vital ser congruente con la forma de pensar y actuar, con lo que se quiere y lo que se es, contar con sentido de vida fiable y cambiante y

asumir con responsabilidad la capacidad de decidir conforme nuestra libertad" (Bailbin, Henao, Lopera, Sierra, 2016).

En cuanto a intervenciones desde la psicología humanista, se resalta el trabajo de autores como Gendlin y Frankl con personas con enfermedades terminales: cáncer, SIDA, trastornos postraumáticos, depresión y el suicidio desde el enfoque experiencial (Riveros, 2014).

La psicología humanista no se refiere en sus teorías directamente la definición de *intento suicida***,** pero se indaga en explicar mediante tres conceptos (noción de sujeto, vacío existencial, agresión a sí mismo), el intento por explicar y comprender cómo el modelo teórico humanista concibe el intento suicida (Herrera, 2012b).

Respecto a esto, González (2005; Herrera, 2012c) cita a Perls quien plantea que "el organismo se entiende como la suma de lo biológico, lo psicológico y lo social, pero al mismo tiempo es mucho más que esa suma", y cuando se ve afectado una de esta áreas la existencia cambia de sentido y de forma, es decir, en el intento suicida es una representación de que el ser humano se ve afectado en su totalidad: mente, cuerpo y espiritualidad, (Herrera, 2012) dificultando que se afronten las diferentes demandas de la sociedad y cultura, reflejándose en conductas como la suicida cuando no se tienen recursos suficientes.

Es importante mencionar la visión holística del modelo teórico humanista con respecto al ser humano, pues toma en cuenta a las personas desde sus potencialidades, no desde sus limitaciones, considera que es un ser libre, pero también responsable y que, si se rescata lo positivo de un ser humano, puede permitirse crear un sentido de vida, que lo fortalezca para superar las dificultades que se presenten en su vida.

Al respecto, Bailbin (et al, 2016) menciona que "las personas que pierden su sentido de vida generan desesperanza y por esto las personas caen en un vacío existencial, sintiendo que de alguna manera ya no pueden salir de allí y la única salida es recurrir al suicidio", es decir, una falta de sentido de vida que permea a todas las otras funciones el poder desarrollar sus potencialidades.

Este modelo, para poder explicar el intento suicida, se basa en la agresión como una característica natural del ser humano y no concebida de forma negativa, aunque la descarga a veces no es canalizada de forma adecuada, pues es dirigida en muchas ocasiones a sí mismo (retroflexión) es decir que en vez de optimizar el desarrollo como persona, lo obstaculiza (Herrera, 2012c).

Siguiendo a los mismos autores, resaltan que cuando el ser humano cae en ese vacío, en esa desorientación de su ser y su sentido hacia la vida, las técnicas más utilizadas desde la Psicología Gestalt son: supresivas, expresivas, integrativas o la logoterapia, propuesta por Viktor Frankl, quien menciona que:

> "...en la logoterapia se encuentra el medio para llegar al fin de reconstruir su visión hacia el mismo, ya que sea un espacio para que la persona busque y encuentre sentido en todas las situaciones de su vida, no sólo en los momentos positivos, sino también en las situaciones difíciles, en otras palabras, encontrar incluso en el sufrimiento un sentido de vida" (Herrera, 2012d, pp. 29).

Entonces, este enfoque se centra en el aquí y el ahora, es decir, en el presente del sujeto, con el objetivo de optimizar las fortalezas que tiene cada persona y se trabaja la tendencia suicida a partir de experiencias o vivencias que le han permitido al sujeto llegar a tomar aquella decisión y así ayudar al paciente a continuar su vida (Bailbin, Henao, Lopera, Sierra, 2016). En resumidas cuentas, Herrera, (2012e) resalta que:

> "Intento suicida puede ser comprendido como el resultado de la manifestación de un vacío existencial generado por una falta de sentido de vida, ubicado en la dimensión espiritual del ser humano, pero que afecta a todo el organismo como unidad y conduce al empleo de la agresión en contra de sí mismo, como un mecanismo para hacer efectiva la intención de terminar con la fuente de su malestar" (pp. 28)

Si bien, la psicología humanista nos da un panorama de un ser no fragmentado, quién no sólo es estudiante sino persona principalmente que, al empezar la etapa de universitario puede mostrar señales de conductas suicidas que los propios docentes observan día a día en

las aulas. Si se comienza por la sensibilización y empatía hacia el otro, sin juicios de valor, abordando al suicidio no como algo individual sino un evento que cualquier ser humano puede estar viviendo, del que nadie está exento de llevarlo a cabo o idearlo, su detección y atención oportuna salvaría muchas vidas.

Por último, este enfoque dentro del ámbito educativo resalta que la escuela funge como un anclaje no sólo de conocimiento sino también como un contexto de apoyo. En la elección de una carrera, está implícito la expresión de una personalidad y experiencia interpersonal en la cual el estudiante puede estar atravesando por un vacío existencial, antes y/o después de la toma de decisiones hacia su futuro.

**2.3 Modelo de perspectiva de género**

Desde que se nace, pareciera ser que ya se trae consigo un reglamento del cómo debes ser si eres hombre o mujer. Reglamento que crea la cultura donde crecemos y al cual se tiene que apegar para no salir de la norma y convertirse en foco de discriminación. En este contexto, surge la perspectiva de género, para dar cuenta de las diferencias entre seres humanos y que, por ende, las problemáticas sociales les afectan de distintas maneras. Se trabaja desde la equidad como objetivo primordial con base en los derechos humanos. De acuerdo con el Índice Global de Diferencias de Género elaborado por el Foro Económico Mundial en 2006, México ocupa el lugar 68 en igualdad de género de una lista de 132 países (Estrada, Mendieta y González, 2016).

Ahora bien, es necesario describir y entender significados sobre el género y rol de género para comprender su influencia en este fenómeno del suicidio.

- Género: es una construcción cultural e histórica, y su significado remite, en la disciplina que la origina, a “la simbolización que los seres humanos hacen tomando como referencia la diferente sexualización de sus cuerpos” (Lamas, (2007; citado en Zorreguieta).

- “El papel o rol de género está formado con el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino” (Lamas, 1996).

Por lo anterior se entiende que la manera en que nos comportamos por ser hombre o mujer, está permeado por construcciones culturales, que influyen en nuestra manera de ver de la vida, y más aún cuando los estereotipos, expectativas que hay que cubrir se vuelven inalcanzables o poco realistas. Por ejemplo, por medio de las TIC`S como redes sociales, series, telenovelas, se convierten en esquemas que moldean las pautas de conducta y que nos muestran la discriminación y violencia de genero desde edades muy tempranas.

Por consiguiente, es en la familia donde estos significados son introyectados, moldeados y reproducidos en patrones de comportamientos que han pasado de generación en generación. Y es en este contexto, donde la manera de tratarnos varía según el sexo asignado, incluso mucho antes de nacer, y nos muestran actitudes específicas para mujeres como para hombres. Es decir, se crean ciertos estereotipos que discriminan y establecen una diferenciación entre hombres y mujeres.

Por lo tanto, se le adjudica comportamientos por sexo como:

**Tabla 2**.

*Comportamientos para ambos sexos por construcción social según Estrada, et al (2016).*

| HOMBRE | MUJER |
|---|---|
| Dominante, independiente, competitivo, confiado y seguro en sí mismo, auto afirmativo, acometedor y lógico, proveedores, jefes del hogar y quienes toman las decisiones. | Sumisas, dependientes, emotivas, conformistas, tiernas y maternales.<br><br>Ama de casa, sentimental y vulnerable, encargada del cuidado de los hijos, por lo que su condición de libertad es disminuida. |

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla anterior nos muestra, que los hombres, han sido educados en un paradigma de superioridad (Estrada, et al, 2016), lo que implica que las mujeres sigan en un estado de sumisión, aunque cada vez más toman un papel activo en la sociedad, sigue siendo difícil. Sin embargo, el ser hombre también es complicado, ya que, al ser estereotipado, no se le permite

mostrar sentimientos porque en ellos representaría un sinónimo de debilidad. Significados como estos se van aprendiendo, y dejan consecuencias graves al momento de no cumplir estereotipos o seguirlos firmemente.

Es en el área de la salud mental, donde se pueden notar estas diferencias, pues el hombre, al tratar de mostrar su mundo emocional, comúnmente es víctima de la discriminación, reforzando una actitud machista que aparenta su verdadero sentir, además de alimentar el no buscar otros métodos para poder desahogarse ante una situación potencialmente estresante. Por tanto, es de esperar que, a la hora de comunicar su malestar subjetivo, hasta buscar ayuda profesional o contactarse con personal de salud mental la proporción entre hombres y mujeres sea mucho menor para ellos. Es así que el área socio-emocional tanto de hombres como de mujeres, es concebida de manera distinta y negativa, lo que desencadena comportamientos riesgosos como el suicidio. Dentro de la primera fase de ideación, existen diferencias por género donde es significativamente más frecuente en mujeres que en hombres (Velez, Maldonado y Rivera, 2016).

Según cifras del INEGI (2018), ocho de cada 10 suicidios ocurridos durante 2016 fueron cometidos por un hombre, esto son 5,116 de los 6,291 suicidios, es así que las mujeres lo intentan más, pero los hombres llegan a consumir el acto en mayor porcentaje (Jalón & Peralta, 2002; Addis, 2011; Millán, et al., 2014). Respecto a lo anterior, la sociedad mexicana influye significativamente por medio de creencias hacia los roles de ambas partes, como la construcción de significados de lo que debe ser un hombre y una mujer, que se transmite según la cultura. Sobre todo el machismo, ha influido de forma negativa no sólo para las mujeres sino también en los hombres, ya que ha impedido que el varón sea libre de expresar emociones.

Entonces desde una perspectiva de género, se puede afirmar que el suicidio es un hecho social que afecta de forma diferente a las mujeres y a los varones, pues la vulnerabilidad es un tema tabú para la masculinidad al pedir ayuda (Millán, García, Alfeo, y Rosado 2014). Al ser la expresión emocional del varón limitada, dan menos señales de ella (Torres, et al 2017).

Espinoza, Santillán y Salinas (2017), mencionan que muchos hombres no se dan el permiso de reconocer, y sobre todo de aceptar en sí mismos, la existencia de dichas emociones,

y mucho menos de manifestarse abiertamente. Siendo que el género es uno de los aspectos determinantes del riesgo suicida. Se estima que, en promedio, cometen suicidio 4 hombres por cada mujer (Zorreguieta, 2010).

Otro factor influyente que explica en parte el porqué de la diferencia en mortalidad por actos suicidas, es el método utilizado por hombres y mujeres, y en la elección de éste intervienen factores de diversa índole que están relacionados con características propias de cada género, es decir, el método está permeado por la cultura.

Berman y Jobes (1991; citado en Zorreguieta, 2010), mencionan, al describir el método en términos de cómo, cuándo y dónde ocurre el suicidio, que en el cómo las mujeres tienden a utilizar métodos más pasivos, tales como intoxicación o ingesta de sustancias. En cambio, resaltan que los hombres utilizan el doble de veces que las mujeres métodos más activos y violentos, tales como el ahorcamiento y utilización de armas de fuego. Hawton y James (2005) apoyan este argumento, al resaltar que los hombres tienden a usar métodos más violentos, tanto en suicidio consumado como en comportamiento autolesivo. Otros estudios que concuerdan con esta premisa en cuanto a tendencias sobre los métodos utilizados, que pueden variar debido a factores culturales (Canetto y Safinovsky, 1998; citado en Zorreguieta, 2010). Por tanto, el tema del suicidio refleja que algo está pasando con el significado de ser hombre y mujer, o incluso de no creerse perteneciente a estas clasificaciones en nuestra juventud, y por ende repercute en el afrontamiento de problemas. Pues si se analiza el método utilizado por unos y otros, los hombres eligen los más letales y de muerte rápida, mientras que las mujeres los de menos eficacia, probablemente porque desde la cultura está implícito la elección del método, pues los hombres escogen métodos fuertes, letales, haciendo representación de que no hay miedo a la muerte, y se significa en forma de valentía.

Por último, no se trata sólo de lo que socialmente se espera que haga un hombre, mujer, o perteneciente a la comunidad de diversidad sexual, sino es la forma en la cual cada uno significa su experiencia, vivencias, y en especial, a los modos de afrontamiento que tienen en su repertorio conductual y cognitivo ante eventos estresantes o traumáticas, actos de discriminación y falta de respeto a los derechos humanos, como el derecho a la salud mental desde la equidad.

# 3. LA CONDUCTA SUICIDA EN UNIVERSITARIOS

En el presente capítulo se abordarán temas referentes a cambios biopsicosociales propios de la etapa de la adolescencia y su camino hacia la juventud para dar un contexto claro sobre la problemática del suicidio durante esta transición. Además, se tratará su relación en el ámbito educativo, ya que puede convertirse en un ambiente altamente estresante para la juventud universitaria. Por último, se hará hincapié en estadísticas sobre el suicidio en nuestro país y de algunos estados con altos índices, lo que indica que es fenómeno carente de políticas públicas para su atención.

## 3.1 Transición de adolescente a adulto

Ser adolescente y, posteriormente, joven en esta última década, es un experimentar lleno de cambios constantes en un mundo de conflictos y desigualdades, ya que se cuenta con pocas oportunidades de estudio, empleo, acceso a la cultura de forma gratuita y el consumo de sustancias, etc. (Ryff y Singer, 2008; citado en Santillán, Espinoza, Sandoval y Eguiluz 2017), lo que potencializa que adolescentes sean vulnerables y generen comportamientos disfuncionales o de riesgo al buscar alternativas de solución.

La OMS (2019) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años y representan aproximadamente una sexta parte de la población mundial (1,200 millones de personas). Se ha conceptualizado como “crecer hacia la adultez”, y esto conlleva cambios muy significativos, desde físicos, sociales y psicológicos, los cuales ayudan a transformarse en adulto (Gaete, 2015).

Siguiendo al mismo autor, se hace hincapié en características fundamentales del desarrollo de la adolescencia. Por ejemplo: la competencia emocional como la capacidad de manejar y autorregular emociones. La competencia social como una habilidad para tener relaciones interpersonales.

Posteriormente, la construcción de la identidad es vital en esta etapa, según Erikson, involucra la aceptación anatómica y emocional, así como la autonomía del núcleo familiar para convertirse en un ser independiente tanto económica como emocionalmente, para

desarrollar con ello otras habilidades para la vida de adulto, y que le servirán para atravesar por cambios que estresen su desarrollo personal.

La adolescencia se divide en 3 etapas: Pubertad o adolescencia temprana, adolescencia media y tardía. A continuación, los siguientes diagramas muestran según Gaete (2015a), los cambios más significativos dentro de cada una de las etapas tanto en el ámbito, psicológico, cognitivo, familiar, social y sexual.

*Figura 3*. Adolescencia temprana. Elaboración propia

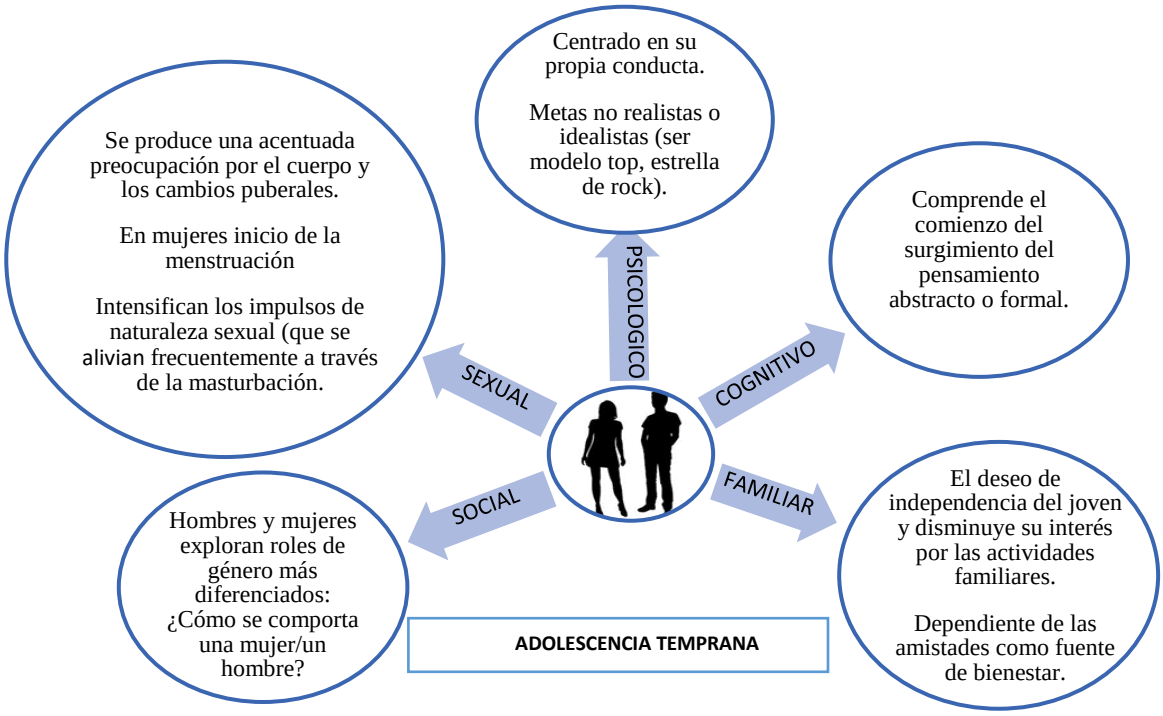


*Figura 4*. Adolescencia temprana. Elaboración propia

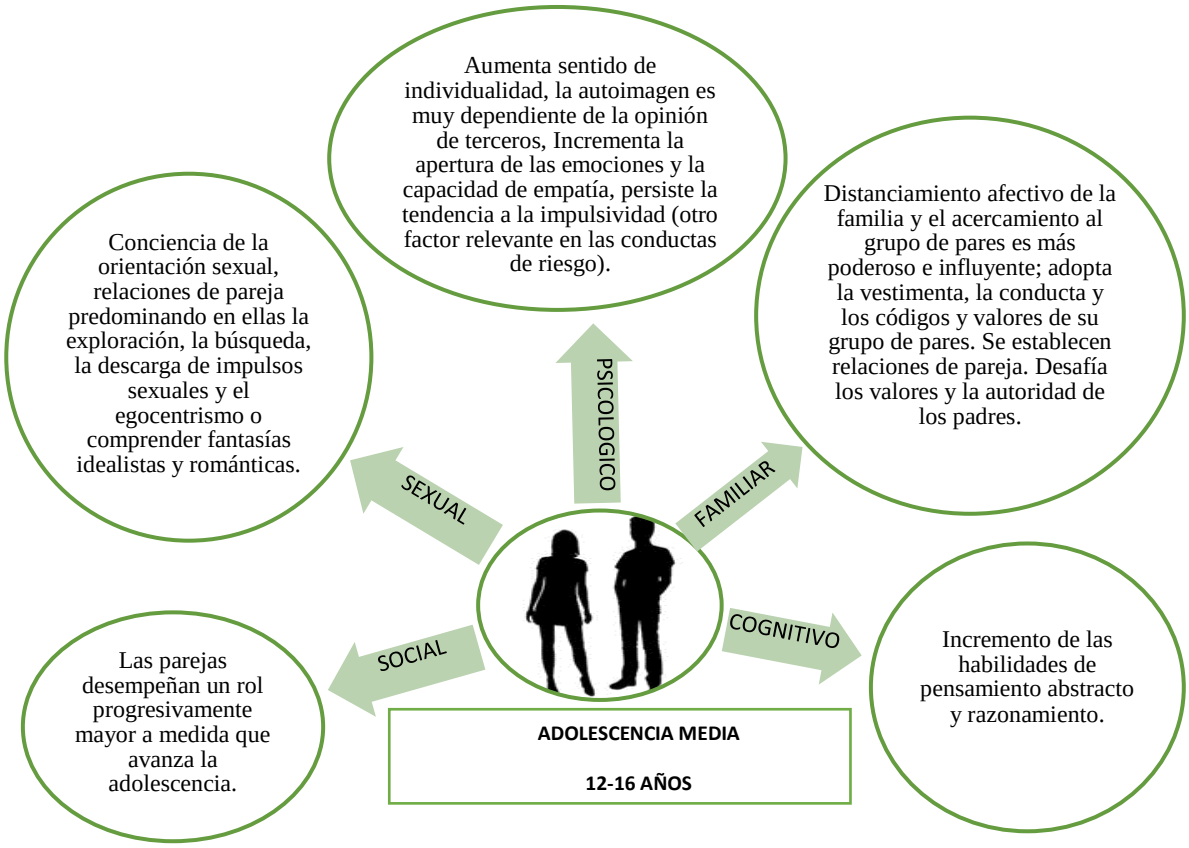
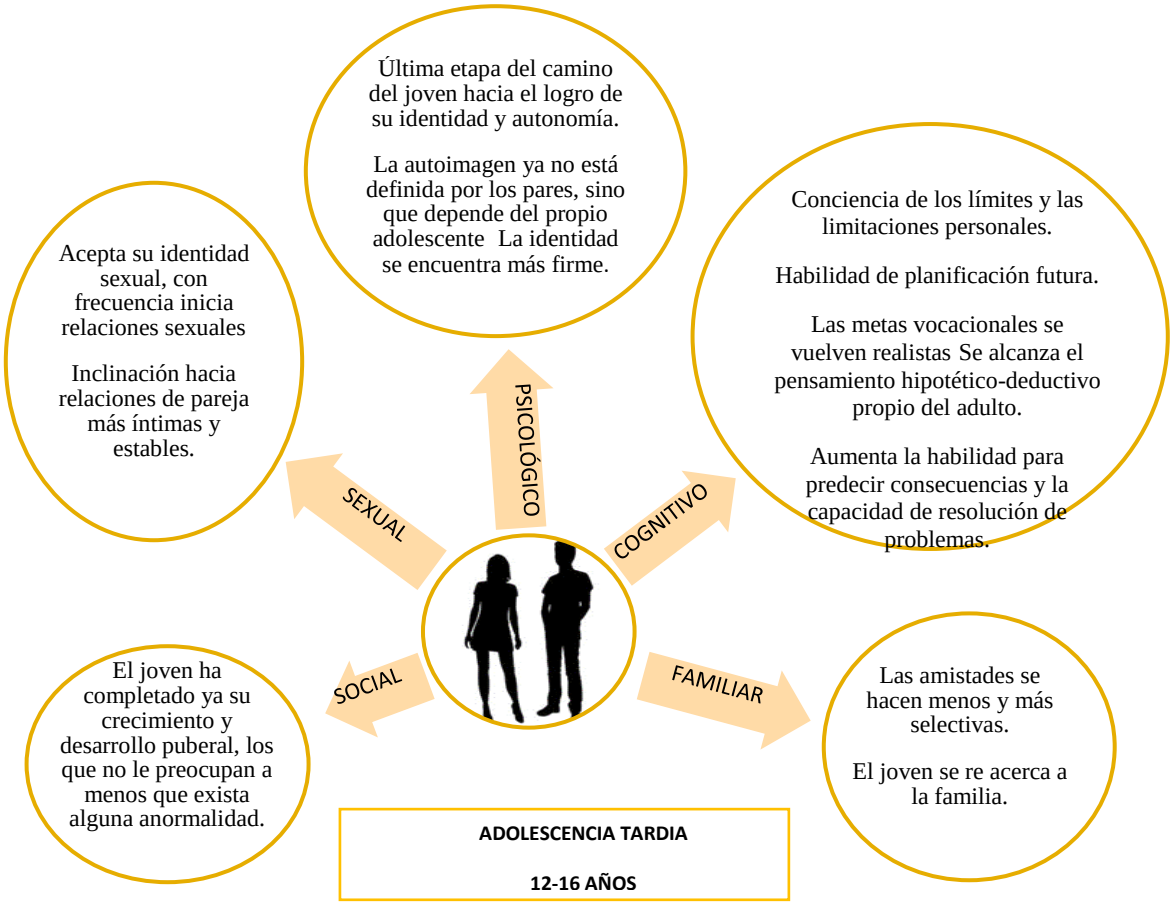


*Figura 5*. Adolescencia tardía. Elaboración propia.




Valencia, Pareja y Montoya (2014) resaltan que la adolescencia tardía, es la etapa en la cual "tienden a emerger problemas de salud mental"; aunque se ha evidenciado que aproximadamente desde los 14 años de edad se comienzan a manifestar trastornos de salud mental que no son detectados ni tratados a tiempo lo cual puede vulnerar la estabilidad emocional y física de los estudiantes en etapas posteriores, por ejemplo, generar niveles de ansiedad elevados, reflejado entre el último ciclo del nivel medio superior (incluso poco antes) y los primeros semestres universitarios.

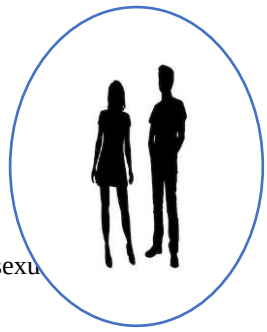
Por lo anterior, es necesario analizar y abordar los factores de riesgo y protección, ya que nos informan acerca de las situaciones que hacen más probable o no que suceda, en este

caso, comportamientos que aumentan el riesgo de la conducta suicida. El Colegio de Ciencias y Humanidades-UNAM destaca los siguientes:

*Figura 6*. Factores de riesgo y protección de la conducta suicida.

**Factores de Riesgo**

- Familias disfuncionales.
- Deserción escolar.
- Accidentes.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Enfermedades de transmisión sexu asociadas a prácticas riesgosas.
- Embarazo.
- Desigualdad de oportunidades.
- Condiciones insalubres, marginales y poco inseguras.
- Autoflagelación.
- Inadecuado manejo de emociones.



**Factores Protectores**

- Estructura y funcionalidad en la familia que satisfaga el proceso de desarrollo del y la joven.
- Políticas educativas que apoyen el desarrollo integral de los estudiantes y su bienestar.
- Promoción del autocuidado y habilidades para la vida.
- Autoestima y pertenencia familiar.
- Reforzar al y la adolescente en situaciones traumáticas y de estrés.
- Apoyo de profesores y e institución.
- Reconocimiento y aceptación del alumno.
- Conformar redes de apoyo.

En resumidas cuentas, las y los adolescentes atraviesan por diversos cambios durante esta etapa, y por lo general carecen de habilidades para poderlas afrontar positivamente al ser nuevas experiencias, lo que genera problemas de adaptación y de salud mental que se reflejan en comportamientos de riesgo como: baja autoestima, el consumo de drogas, prácticas sexuales sin protección, aumenta los índices de infecciones de transmisión sexual, autolesiones o suicidio, que producen consecuencias negativas para el bienestar en este sector de la población.

Por tanto, es una de las etapas donde comienzan muchos comportamientos de riesgo que se convertirán en patrones en niveles educativos posteriores. Lo que influye negativamente en el rendimiento académico aún como universitario.

### 3.2 La juventud universitaria en el siglo XXI

Es sabido, que lograr el ingreso a la universidad es enfrentarse a más cambios que requieren de adaptación y transformación, reorganización personal, familiar y social (Gaeta, y López, 2013). Por ejemplo, para algunos jóvenes el cambio a la universidad puede ser drástico al vivir situaciones como separarse de sus padres por primera vez, perder el contacto con las amistades y cambios en el rendimiento académico (Velez, Maldonado y Rivera 2016), así como adaptarse a la organización de la universidad, posiblemente un cambio de residencia, que implica ser más independientes y autónomos, lo experimentan como altamente estresante (Espinoza, Santillán y Salinas, 2017).

Respecto a lo que enfrentan, lo menciona Cubillas, Román, Abril y Galaviz (2012):

> "La juventud vive bajo una apariencia de conformidad de su realidad, pero al mismo tiempo se llena de sentimientos de desánimo e incomprensión, al no vislumbrar un futuro con sueños realizados, lo que pudieran desencadenar síntomas depresivos" (De la Villa y Ovejero, 2004, citado en Cubillas, Román, Abril y Galaviz, pp. 49).

Cabe mencionar que la presente investigación se realizó con alumnos de carreras del área de la salud, las cuales se enfocan en el trato integral del paciente, por tanto, se espera que el perfil de los universitarios que optaron e ingresaron a una carrera, no sólo promuevan el cuidado y prevención de la salud a la comunidad, sino también sea recíproco para ellos. Resaltemos que la OMS (2019) define a la salud no sólo como ausencia de enfermedad, sino como un estado total de bienestar.

Autores como Ríos, Torres y De La Torre en (2016), mencionan que la formación universitaria no sólo debe circunscribirse a los conocimientos científicos, sino ha de respaldar también el desarrollo progresivo y armónico de todas las características, condiciones y potencialidades del estudiante como persona. Y con el aumento preocupante de muertes por

suicidio, se han buscado posibles soluciones al respecto, una de ellas es utilizar factores protectores para evitar la consumación del mismo, como redes de apoyo estables dentro de la familia, amigos y escuelas.

En cuanto a las instituciones de educación superior tienen un compromiso con los jóvenes al potencializar habilidades, conocimientos, destrezas y competencias que les permitan integrarse al campo laboral y de esta manera contribuir al desarrollo económico y social de su país (Velázquez y González, 2017). Pero también, en lo que respecta a su desarrollo personal, para lograr una educación integral.

De esta forma, se destaca la importancia de generar programas que busquen el desarrollo de las competencias emocionales, para los estudiantes que inician una carrera universitaria, con el objetivo de orientar, facilitar la toma de decisiones y desempeño académico (Gaeta, y López, 2013). Así como estimular en sus investigadores y docentes la detección temprana de síntomas que afecten su desarrollo emocional (Serrano, Rojas y Ruggero, 2013), en este caso, conductas asociadas al suicidio.

Suárez, Bogarin, Díaz y Castañeda en (2017) mencionan que:

> "No hay que perder de vista que estamos investigando a estudiantes universitarios, los "futuros profesionistas", base del desarrollo económico y social de un país, por lo que ellos deben egresar aptos en un conjunto de factores cognitivos, afectivos y actitudinales que les permita adaptarse al contexto laboral y social" (Suárez, Bogarin, Díaz y Castañeda, 2017, pp.137 ).

Es por ello que el suicidio se convierte en un tema cada vez más relevante pero también complejo pues su abordaje no sólo es social o clínico, es un problema de salud pública (Sarabia, 2014), y en el contexto familiar, como en el educativo, se pueden observar conductas que nos alertan sobre este hecho antes de su consumación.

### 3.3 El suicidio en jóvenes mexicanos

En cuanto a las cifras “aproximadas”, autores como Jiménez y Cardiel (2013c), mediante un estudio longitudinal, encontraron un aumento significativo del 399%, en la siguiente tabla que representa la tasa de muertes por suicidio del periodo 1990-2011.

Tabla 3.

*Cifras en porcentaje de muertes por suicidio.*

| Año | Tasa (por 100 mil habitantes) |
|---|---|
| 1990 | 2.4 |
| 1999 | 3.4 |
| 2010 | 4.6 |
| 2011 | 4.9 |

Fuente: Elaboración propia.

Para el 2016, según el INEGI (2018), los estados con mayor tasa de muertes por suicidio son:

Tabla 4.

*Cifras en porcentaje de suicidio por estado.*

| Estado | Tasa (por 100 mil habitantes) |
|---|---|
| México | 5.1 |
| Yucatán | 10.4 |
| Chihuahua | 11.4 |

Fuente: Elaboración propia.

Cabe señalar que Yucatán se ha mantenido actualmente como uno de los estados con tasas en constante aumento (Indesalud 2009; citado en González, Juárez, Montejo, Oseguera, Wagner y Jiménez, 2015). Siguiendo con la estadística, el 79% de todos los suicidios se

produce en países de ingresos bajos y medianos por lo que a nivel mundial se convierte en la segunda causa de defunción en jóvenes (OMS, 2018).

A nivel internacional, México presenta una mortalidad relativamente baja en comparación con países europeos de altas tasas como Rusia, Ucrania, Bielorrusia, Lituania, Polonia, Finlandia y Bélgica, y países asiáticos como India, Japón y la República de Corea (Jiménez y Cardiel, 2013c; Borges, et al, 2010a). Sin embargo, lo anterior muestra que, el incremento se vuelve más grave y que los casos irán en aumento en nuestro país.

Al respecto, autores mencionan que:

> "La tasa de suicidio en la adolescencia en México, incrementará debido a los cambios en los valores y estilos de vida como consecuencia de la sobreurbanización, la explosión demográfica de la población joven y su concomitante desempleo, la inestabilidad en la estructura familiar, del abuso de sustancias, delincuencia, sentimientos de desesperanza, baja autoestima, entre otros" (González-Forteza, Ramos, Mariño y Pérez (2002; citado en García, 2006, pp.6).

Por otro lado, *el tabú* es otro de los factores que ha hecho que el suicidio incremente a gran escala y que su prevención siga teniendo dificultades, sobre todo para los jóvenes. En la década de los 70, este tema tomó gran relevancia por la influencia de los medios, a partir de un estudio que realizó el autor Phillips en el cual llega a la conclusión de que el número de suicidios aumenta cuando se publican noticias sobre suicidios en los medios de comunicación (Millán, García, Alfeo, y Rosado 2014).

Sin embargo, hasta nuestros días, se ha evidenciado lo contrario, pues mientras se le siga haciendo caso omiso, o se crea que las conductas asociadas al suicidio son imperceptibles cuando son comportamientos que se pueden observar e identificar, su intervención será cada vez más complicada.

Probablemente sea el enfoque con el que se le aborda, pues no es lo mismo informar que educar conductas saludables como prevención. Cotidianamente los medios pueden

evidenciar tasas, métodos más utilizados, lugares comunes, incluso características propias de los suicidas, pero sin ninguna responsabilidad o ética, es decir, la manera en que lo exponen le da al joven una visión del qué y cómo hacer, pero sin una evaluación racional de la problemática.

Por tanto, tratar el tema del suicidio aún como tabú, limita su abordaje, cuando es una situación que pasa a diario, sin distinción de edad, género o nivel educativo. Siendo los jóvenes universitarios, un grupo vulnerable, aunque se pueda creer que porque son adultos están mejor preparados para lidiar y resolver conflictos solos, por lo que carecen de apoyo, atención de sus familia y amigos ante situaciones de estrés.

Hace falta la sensibilización respecto al suicidio como problema de salud pública y como se mencionó, el tabú existente no permite examinarlo abiertamente. En la actualidad, sólo 38 países han notificado que cuentan con una estrategia nacional de prevención del suicidio (OMS, 2018), lo que demuestra que no se le ha tomado la relevancia necesaria para poder notificar de manera obligatoria este tipo de conductas violentas. Por tanto, toca a la escuela, familia y sociedad, fungir como factor protector quitando *tabúes*, patrones de pensamientos y comportamientos que a la fecha le han costado graves consecuencias en el desarrollo humano de nuestros jóvenes.

# 4. EL RENDIMIENTO ACADÉMICO Y LA CONDUCTA SUICIDA

En este capítulo se retomarán diferentes estudios con el propósito de dar cuenta que el estado emocional disfuncional repercute en el rendimiento académico, donde las conductas asociadas al suicidio, se hacen presente, por lo cual también se explicarán diferentes factores que se potencializan, específicamente, en estudiantes universitarios las conductas de riesgo que ponen en peligro su vida. A continuación, se iniciará con la definición de conceptos clave como el rendimiento académico para entender su influencia en este tema.

## 4.1 ¿Un Reflejo de Productividad o Aprendizaje?

En la sociedad mexicana, cuando un alumno obtiene una cierta calificación de entre 7 a 9, culturalmente se dice que su rendimiento académico está dentro del promedio. Sin embargo, para que este llegue a lograrlo pasa por una serie de procesos y eventos estresantes que no potencializan su desarrollo académico y menos su rendimiento.

Ahora bien, se ha definido al rendimiento académico como “la capacidad de respuesta que presenta el estudiante ante diversos estímulos educativos previamente establecidos y también como el término que facilita conocer la calidad de la educación en todos sus niveles” (Serrano, Rojas y Ruggero, 2013a).

A nivel conceptual, es entendido en la mayoría de los casos como sinónimo de la productividad del sujeto en el centro escolar (Alberto y González, 2015a), una productividad que no siempre va acompañada de aprendizaje, ya que parte de un modelo educativo que muestra que la inteligencia subordina a la obediencia. Además, el lograr un aprendizaje significativo va más allá de sólo asimilar información, debe estar mediatizado por un bienestar psicológico.

Siguiendo a los autores, una limitante a la hora del análisis del rendimiento académico radica en el modo de cómo medir o cuantificar pues dificulta la visión objetiva de su abordaje; aunque las notas del alumno sean el indicador más visible y palpable, es necesario enfatizar que “las notas no siempre reflejan las respuestas conceptuales, procedimentales y actitudinales del estudiante de las demandas de la materia” (Alberto y González, 2015b).

Al respecto, el enfoque acerca de la medición, podría influir de manera negativa en la evaluación, análisis y resultados de cifras generales. Por ejemplo, la Secretaría de Educación Pública (SEP) en 2016, indica que, de acuerdo a la Dirección General de Planeación, Programación y Estadística Educativa, los porcentajes de eficiencia terminal en el caso de nivel superior en los últimos cuatro ciclos escolares son, desde el año 2012-2013, con un 73.7%, para el 2015-2016, bajó a 70.6% (Velázquez y González, 2017a), lo que indica un aumento del 3% de eficiencia terminal a nivel superior.

En este sentido, Romo et al, (2007, citado en Velázquez y González, 2017b) afirman que "el abandono estudiantil representa un factor problemático de las instituciones de educación superior en México, y el rendimiento académico está relacionado". Autores hacen hincapié en que no se está brindando una formación integral desde los planes de estudio, y en el proceso de enseñanza-aprendizaje se está olvidando la adquisición de estilos de vida saludables en todos sus sentidos, por tanto, sería necesario flexibilizar centrándose el área psicoemocional del alumno como un factor que potencializa el rendimiento (Ríos, Torres y De La Torre, 2016).

En definitiva, un tema prioritario debería ser planear estrategias para fomentar la permanencia de los estudiantes, no solo a nivel superior, sino en todos los niveles; y para lograrlo, el primer paso es conocer cuáles son los factores que están asociados a ella (Velázquez y González (2017b). Un ejemplo de ello es que nuestros jóvenes atraviesan por cambios que alteran su bienestar emocional y esto puede generar conductas asociadas al suicidio que poco a poco alejan al alumno de su meta escolar.

## 4.2 Conductas asociadas al suicidio y el rendimiento académico en jóvenes universitarios

Como se ha mencionado en capítulos anteriores, la adolescencia y la adultez temprana son etapas del desarrollo humano donde se producen cambios de tipo emocional y de formación de la identidad (Alberto y González, 2015c), que influyen de manera notoria en el rendimiento del estudiante y que se vuelven potencialmente estresantes cuando no se tienen las habilidades o herramientas necesarias para sobrellevarlos y optan por "métodos para

manejar el estrés, pero con conductas autodestructivas como: la drogadicción, delincuencia, sexualidad desprotegida y el suicidio" (Kelly, 2002; citado en Chávez, et al, 2004a).

Por su parte, Valencia, Pareja y Montoya (2014) mencionan que el ingreso a la universidad trae consigo cambios como la separación del núcleo familiar, el aumento de responsabilidades y la reevaluación de las actividades realizadas hasta el momento, los cuales pueden vulnerar la estabilidad emocional y física de los estudiantes, que generan en ellos niveles de ansiedad elevados.

Otro de los cambios que exige el ingreso a la educación superior, son una mayor independencia, responsabilidad y dedicación, cambio de residencia, y como consecuencia tener un desequilibrio en el rendimiento académico (Vélez, Maldonado y Rivera, 2016).

Burris, Brechting, Salsman y Carso (2009; Santillán, et al, 2017a) también apoyan el mismo argumento ya que resaltan que los estudiantes, al iniciar una carrera universitaria, se distinguen de otros periodos del desarrollo porque en éste se genera mucho estrés, ansiedad, trastornos alimenticios, fatiga, así como dificultad para concentrarse, lo cual los hace vulnerables de sufrir eventos traumáticos y lleguen a sufrir conductas suicidas.

En cuanto a los principales factores que potencializan la probabilidad de conductas asociadas al suicidio específicamente en universitarios, según Espinoza, Santillán y Salinas (2017) y que influyen en el rendimiento académico, son:

**1.- Por grupo de edad**, ya que más del 15% de los jóvenes mexicanos presentará el primer episodio de algún trastorno mental entre los 19 y los 24 años debido a eventos traumáticos durante la infancia (citado en Medina-Mora, Borges-Guimaraes, Lara, Ramos-Lira, Zambrano, y Fleiz-Bautista, 2005).

**2.- Cambio de residencia y círculos sociales:** el ingreso a la Universidad representa alejarse de grupo de amigos y crear nuevas amistades, aunado a un posible cambio casa y separación de la familia, es vivido por algunos como altamente estresante.

**3.- Ingreso a carreras con enfoque en áreas de salud**: se ha demostrado que presentan mayor sensibilidad y desgaste emocional en los alumnos.

Basado en el primer factor, los trastornos mentales están tan presentes en nuestra sociedad como las enfermedades físicas, sin embargo, no se le da la misma atención, aunque ambas limitan el desarrollo integral del ser humano. Uno de los trastornos que actualmente va en aumento y está altamente relacionada con las conductas asociadas al suicidio es la depresión.

Se ha encontrado que la depresión es un predictor del bajo rendimiento escolar afectando el estado de ánimo, aunque varios autores mencionan que es el rendimiento escolar el que conlleva a síntomas depresivos. Investigaciones como la realizada por Coffin y Álvarez, (2009; citado en Santillán, et al, 2017b) también concuerdan con una asociación entre promedio académico, depresión y conductas asociadas al suicidio.

Autores como Manelic y Ortega (1995; citado en Valencia, et al, 2014a), coinciden que en estudiantes universitarios la depresión es un malestar psicológico que imposibilita el obtener un rendimiento académico satisfactorio debido a la alteración de las funciones cognoscitivas como producto de esta entidad nosológica. Por ejemplo, en un estudio de Serrano, et al, (2013a), se encontró una relación estadísticamente significativa entre depresión y rendimiento académico regular o malo con un porcentaje mayor en las mujeres con este tipo de trastornos.

Según los datos anteriores, los alumnos se encuentran en adolescencia tardía al ingresar a la universidad, etapa en la que tienden a emerger problemas de salud mental, sumado a los cambios de rutina y retos que exige la vida universitaria (Valencia, et al, 2014b), por lo que vuelve más probable buscar métodos de afrontamientos no funcionales, aprendido de grupos cercanos, tanto en la familia o escuela, esto porque se ha evidenciado que el modelamiento o imitación de algunos patrones de comportamiento propagados por subgrupos o subculturas están presentes en la universidad (Casullo, 2005; citado en Valencia, et al, 2014c), lo que argumenta que la alta prevalencia de riesgo suicida sea presentada por la población universitaria.

Por tanto, estudiantes que se sienten agotados, con menos autoeficacia tienen mayor probabilidad de no alcanzar un buen rendimiento académico, se quedan en el intento

(Schaufeli et al., 2002: citado en Alberto y González, 2015), y muy posiblemente estén viviendo situaciones estresantes que lo orillen a comenzar con ideas suicidas.

**4.3 La conducta suicida en carreras del área de la salud**

En otro punto, las investigaciones realizadas a carreras del área de la salud, resaltan que el alumnado constantemente atraviesa un desgaste físico y emocional por lo que conlleva su formación profesional, ya que se están formando dentro de un modelo promotor de la salud física, psicológica, y de desgaste emocional por tratar específicamente con otros seres humanos, además que constantemente deben aprender a afrontar y separar problemáticas personales de su ámbito académico, lo que resulta estresante, y con resultados negativos en su labor como estudiante.

Un estudio en carreras del área de la salud, con una población de 777 alumnos, 515 mujeres y 262 hombres, con edad entre 17 y 19 años en promedio, 13% de los participantes tuvieron un intento de suicidio (102), 78% mujeres y 24% hombres pertenecen a la comunidad de diversidad sexual, mayor parte de la carrera de psicología y luego enfermería con un promedio bajo (Santillán, et al, 2017c).

De acuerdo a autores como Patiño y Martínez (2019), encontraron en un estudio parecido a las características de la presente investigación que las carreras donde más prevalecen las conductas suicidas son enfermería  y optometría, así también en población similar, González (2019) resalta en su análisis a estas mismas carreras una alta prevalencia, aunque se adiciona cirujano dentista, pues los puntajes son muy parecido a enfermería.

En cuanto a conductas de intento de suicidio, las mujeres universitarias con mayores promedios puntean más conductas asociadas al suicidio, mientras que, en específico, alumnado de medicina con altos promedios ocurre lo contrario, resaltando el argumento que el bienestar está asociado negativamente con los intentos suicidas (Santillán, et al, 2017d), probablemente por metas o propósitos escolares bien definidos desde la elección de carrera, factor que también influye para abandonar la formación profesional y que aumenta el estado de estrés en el estudiante.

Por consiguiente, Thompson et al, (1994, citado en Vélez, et al, 2016a) encontraron que las y los jóvenes en riesgo suicida tenían más metas escolares sin cumplir y se percibían con mayor probabilidad de dejar la escuela, así también, Chávez, et al, (2004b) resalta que existe una alta prevalencia de ideación suicida entre estudiantes, con una predominancia de mujeres en las cifras de ideación y tentativas suicidas.

En otra investigación, también de Espinoza, et al, (2017a), realizada por parte de la Estrategias Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio (CREAS) a 260 alumnos que solicitaron el servicio, se clasificaron como motivos de consulta de los estudiantes: el 59.615% rompimiento de pareja (n = 155), de este total el 46.923% corresponde a mujeres y el 12.692% a hombres, seguido en frecuencia por duelo y problemas de pareja el 12.692%, específicamente para la carrera de enfermería. Para casos de presencia de estrés, ansiedad y depresión con ideación suicida se evidenció un 12.307% para la carrera de medicina, todos los cuales fueron reportados por ambos sexos; sin embargo, la mayor proporción corresponde a varones, de igual modo esto sucede en la carrera de biología, a excepción de que también presentó la infidelidad como un motivo de consulta.

En definitiva, las conductas asociadas al suicidio dentro del ámbito escolar son recurrentes a lo largo de toda la trayectoria. En la tesis “Factores Asociados a la Aparición de Conductas Suicidas en una Población de Estudiantes de Educación Media Superior y Superior en la Ciudad de México” de tipo longitudinal realizado por Patiño en (2008), con una población de 11,641 estudiantes de bachillerato, el 20% presentaban conductas asociadas al suicidio desde pensamientos e ideación, hasta planeación e intentos. Y comparados con la muestra que no reportó conductas suicidas, lograron terminar el nivel bachillerato en el tiempo establecido y que posteriormente ingresaron a una facultad de la UNAM, mostraron estadísticamente puntajes menores de conductas asociadas al suicidio. Lo que evidencia que el bienestar psicológico motiva al alumnado a seguir con sus metas escolares y hacer frente a eventos de estrés.

Por otro lado, el hablar de cifras claras y exactas de esta problemática sería idealizado, ya que no se cuenta con un registro específico para la conducta suicida en cualquiera de sus fases (ideación, planeación, intento o muerte por suicido), pues no es obligatorio reportar este

tipo de conductas; además, las políticas públicas no se han preocupado por crear un sistema de reporte para poder analizar el desarrollo de este fenómeno. El único reconocido, al momento está en Europa.

Por lo tanto, es de extrema prioridad que este tipo de sistemas se extienda a nivel mundial, no sólo para poder tener una visión estadística más clara, sino para que se establezca de manera formal el reportar y evidenciar este tipo de conductas y así detectar grupos de riesgo, para contener el número de casos de muerte por suicidio ya que frecuentemente tal acto se ve precedido por una serie de intentos fallidos previos, por lo cual, si logramos detectar la ideación, se evitarán los intentos de suicidio, y podremos evitar también posteriores suicidios consumados (Borges, Orozco, Benjet, y Medina, 2010).

Un ejemplo claro, lo muestra una investigación de Monge, Cubillas, Román y Abril en (2007), sobre los intentos de suicidio entre los jóvenes, donde se encontró que casi tres cuartas partes de los adolescentes que se infligieron lesiones no acudieron al hospital ni a un tratamiento médico o psicológico por lo que recurren comúnmente con un amigo cercano para comunicarles su decisión. Ya que se ha evidenciado que, por lo regular son amigos o compañeros de salón con quienes comparten experiencias, emociones, situaciones agradables, pero también comportamientos de riesgo, y siguen siendo los primeros, a quienes comunican sus pensamientos pero también quienes podrían ayudarlos a atravesar momentos de dolor o estrés. Sin embargo, solo realizando trabajo en conjunto, la prevención y tratamiento será eficaz, brindando herramientas, así como estrategias de afrontamiento funcionales.

Ahora bien, como se ha mencionado, los estudiantes universitarios que presentan bajo rendimiento académico pueden tener asociados trastornos psicoactivos, lo que ratifica la importancia de un acompañamiento psicológico (Valencia, et al, 2014c).Aunado a lo anterior, si se crean hábitos y estilos de vida con conductas saludables, es decir, si se promueve el bienestar psicológico, éste tendrá una afluencia positiva sobre el rendimiento académico adaptado (Alberto y González, 2015d). Como lo menciona Gaeta y López (2013): la inteligencia académica no es suficiente para alcanzar el éxito profesional.

Para finalizar, la presente investigación abordará la relación entre conductas asociadas al suicidio y el rendimiento académico para dar un panorama de lo que ocurre con este fenómeno dentro de la FES-Iztacala UNAM, aunque también se resaltará la perspectiva de género, todo con el fin de la intervención, prevención y detección dentro de la institución para potencializar el rendimiento escolar, dado que es complicado esperar tener un buen rendimiento académico, si se tiene un estado emocional vulnerable.

# INVESTIGACIÓN

# 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 5.1 Justificación

### 5.1.1 Teórica

En todos los niveles educativos se ha buscado una educación cada vez más integral, sin embargo, el área psicoemocional del alumno aún no se percibe como primordial para que su rendimiento académico sea más óptimo. Actualmente, una de las situaciones más preocupantes que se están reflejando a nivel mundial es el aumento en las cifras del suicidio y la edad en la que oscila este fatal suceso se encuentra la juventud universitaria.

El alumno de nuevo ingreso está atravesando por cambios desde lo familiar, personal y social, adaptándose a nuevos contextos y hábitos, pero también trae consigo conflictos de la transición de adolescente a adulto, nuevas responsabilidades y demandas, lo que hace que pase por momentos altamente estresantes e influya en su rendimiento académico.

Por tanto es de vital importancia realizar investigación en muestras a gran escala donde se relacione conductas asociadas al suicidio y el rendimiento escolar desde el inicio de la licenciatura, para contar con un panorama más amplio sobre cómo están ingresando las nuevas generaciones, sin importar género y centrada en este caso en carreras del área de la salud, de la FES-Iztacala, ya que se espera que el universitario tenga un compromiso no sólo con la comunidad, sino también con su formación para promover el autocuidado.

Por último, es importante analizar el impacto que las conductas asociadas al suicidio tienen en el ámbito académico, desde la ideación, planeación e intento, para ayudar al alumno a detectar áreas de mejora, y llegar a cumplir con la meta del logro profesional. Como institución fungir como factor protector, al tener evidencia clara de la situación del alumnado, resaltando la importancia del profesional en psicología para intervenir en el área educativa, para lograr en un futuro no muy lejano que en cada una de las escuelas por lo menos del Estado de México, exista un psicólogo de planta, para la evaluación y detección de situaciones alarmantes como el suicidio.

### 5.1.2 Práctica

La evidencia que la presente investigación obtenga, tanto datos cuantitativos, como cualitativos, permitirá a la institución tener un panorama del perfil de alumnos que están ingresando y que fueron seleccionados para integrarse a una las carreras del ámbito de la salud, dependiendo de su promedio de egreso, además de continuar con estudio longitudinales sobre el tema. Por otra parte, pretende ser de apoyo para generar más programas, manuales y talleres de intervención donde se destaque el impacto del área emocional en la formación académica de los alumnos, no sólo a nivel pedagógico sino psicológico, de esta forma el alumno percibirá apoyo de la institución, se sentirá tomado en cuenta y probablemente con una mejor disposición de pedir ayuda. Y en este caso, en la FES Iztacala por medio de un tamizaje realizado al inicio del ciclo escolar detectar grupos de riesgo (por género, promedio y carrera) para brindarles una canalización adecuada.

## 5.2 Preguntas de investigación

¿Cuáles conductas asociadas al suicidio (ideación, planeación e intento), se encuentran más relacionadas con el rendimiento académico (promedio de egreso de bachillerato) en alumnos de primer ingreso de la FES-Iztacala? ¿Influirá el género (hombre-mujer) o carrera en la prevalencia de estas conductas?

## 5.3. Objetivo general

Describir y analizar la relación entre conductas asociadas al suicidio y el rendimiento académico de los alumnos de primer semestre de todas las carreras de la FES-Iztacala-UNAM, correspondiente al periodo 2016-1, 2017-1 y 2018-1.

### 5.3.1 Objetivos específicos

- Describir y analizar cada una de las conductas asociadas al suicidio (ideación, planeación e intento) durante el periodo 2016-2018.

- Analizar la prevalencia de cada una de las conductas suicidas respecto al sexo durante el periodo 2016-2018.
- Describir y analizar de forma general la presencia de conductas suicidas durante el periodo 2016-2018.
- Describir y analizar de manera específica las fases del comportamiento suicida para cada una de las carreras del periodo 2016-2018.
- Analizar la correlación entre conductas asociadas al suicidio y el promedio de egreso de todas las carreras por año.

## 5.4 Hipótesis

H1. La fase de ideación suicida tendrá mayor porcentaje y prevalencia que las otras dos fases para el periodo 2016-2018.

H2. Las mujeres presentarán mayores conductas asociadas al suicidio en específico, en la fase de intento.

H3. La carrera de enfermería tendrá mayor presencia de conductas suicidas, a comparación de las otras carreras durante el periodo 2016-2018.

H4. La carrera de médico cirujano tendrá mayores porcentajes de ideación suicida e intento suicida

H5. En general a mayor porcentaje de conductas suicidas, menor es el rendimiento académico

H6. La fase de ideación suicida tendrá una alta correlación con el rendimiento académico, es decir a mayor pensamiento suicida, menor rendimiento.

## 5.5 Definición de variables.

### 5.5.1 Variables independientes

**Sexo:** Variable atributiva dicotómica: se refiere al sexo anatómico del participante, con los niveles: 1 (Hombre) y 2 (Mujer).

**Escolaridad:** Variable atributiva y continua: Se refiere al grado educativo alcanzado al momento de la aplicación. Se evaluará en término de años escolares cursados y carrera específica del alumno (médico cirujano, psicología, enfermería, optometría, cirujano dentista y biología).

**Edad:** Variable continua, expresada en años completos, de los sujetos, en el momento de la realización de la recogida de datos.

### 5.5.2 Variable dependiente

**Rendimiento escolar:** Capacidad de respuesta que presenta el estudiante ante diversos estímulos educativos previamente establecidos, y también como el término que facilita conocer la calidad de la educación en todos sus niveles (Serrano, et al, 2013), entendido en la mayoría de los casos como sinónimo de la productividad del sujeto en el centro escolar (Jiménez, 2000; citado en Alberto y González 2015) reflejada en el promedio.

### 5.5.3 Variable activa

**Conductas asociadas al suicidio (3 fases):**

**Ideación:** Se centra en pensamientos recurrentes de terminar con la propia existencia (Córdoba, Rosales, Caballero y Rosales, 2007).

**Planeación:** Se refiere al conjunto de cogniciones, pero también de un proceso que incluye cuándo, dónde, cómo y con qué realizar el acto suicida.

**Intento:** Se le denomina también tentativa de suicidio o suicidio fallido sin resultado de muerte (Córdoba, et al, 2007).

# 6. MÉTODO

## 6.1 Tipo de estudio

**Estudio descriptivo:** Mide y evalúa diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar, un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así -y valga la redundancia- describir lo que se investiga (Hernández, Collado y Lucio, 2014).

**Estudio correlacional:** Este tipo de estudios tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables (en un contexto en particular), que pretenden ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación (Hernández, et al, 2014).

## 6.2 Participantes

Alumnos de primer ingreso de todas las carreras de la FES-Iztacala del periodo 2016-1, 2017-1 2018-1, edades entre 18 y 22 años. Como criterios de inclusión fueron tomados que estuvieran asignados a una de las carreras del área de la salud de nuevo ingreso y haber contestado el instrumento Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS).

## 6.3 Escenario

Se llevó a cabo la aplicación del instrumento en el gimnasio de la Facultad, con una hora y día específico para cada carrera propuesto por la secretaría de Relaciones Institucionales y el Centro de Apoyo y Orientación para el Estudiante.

## 6.4 Materiales

Copias del Inventario de Riesgo Suicidada para Adolescentes (IRIS). Lápices. Computadora con programa SPSS, versión 22.

## 6.5 Instrumentos

Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS) segunda versión, realizado por Hernández y Lucio (2013), de escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, a) todo el tiempo, b) casi siempre c) algunas veces, d) rara vez y e) nunca.

Este inventario está dividido en dos secciones, la primera evalúa con 40 reactivos: a) ideación suicida, b) satisfacción en la vida, c) dificultades interpersonales y d) dificultades en

la escuela. La segunda con 35 reactivos, examinan: a) signos de alerta, b) planeación e intento suicida, c) malestar, d) personal psicológico y e) desesperanza.

En esta investigación se retomaron 3 de los 5 reactivos de este inventario que generalmente integra el EMA, para analizar las tres fases críticas de la conducta suicida respectivamente.

1. He pensado en suicidarme.
2. He planeado mi propia muerte.
3. He intentado quitarme la vida (lastimándome, haciéndome daño, cortándome, tomando pastillas, asfixiándome, envenenándome, con el propósito de morir).

**6.6 Procedimiento**

Como parte de la bienvenida a la FES-Iztacala- UNAM, se realiza al inicio del año escolar una evaluación a las nuevas generaciones de alumnos que lograron tener un lugar a nivel licenciatura en el área de la salud. Por tanto, se aplica una serie de exámenes e instrumentos que evidencian su estado de salud tanto física como psicológica.

Es así que, por parte de la estrategia “CREAS”, que forma parte del CAOPE (Centro de Apoyo y Orientación para el Estudiante), se aplicó el Inventario de Riesgo Suicida en Adolescentes (IRIS), que mide conductas asociadas al suicidio, también se integró cuestiones como: carrera, promedio de egreso y género, así como nombre y correo electrónico. Se hace hincapié en la confidencialidad de datos, resultados y usos totalmente académicos. Al mismo tiempo, se les invita a acudir al servicio si lo creen necesario, mencionando que, a partir de los datos brindados, se le dará seguimiento en los próximos meses, es decir, se les manda un correo de invitación para hacer contacto en un primer momento esperando su respuesta y dos meses después se les envía otro para recordar que el apoyo sigue presente en cualquier momento que lo soliciten.

# 7. ANÁLISIS DE DATOS

A continuación se evidencian los resultados obtenidos, se realizaron tablas generales y específicas sobre conductas asociadas al suicidio del periodo 2016-2018, así como correlaciones entre éstas y el rendimiento académico.

Tabla 1.

*Frecuencia de población total por género para los tres años.*

| Sexo | 2016 | Porcentaje | 2017 | Porcentaje | 2018 | Porcentaje | Total | Porcentaje |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hombre | 850 | 33.5 | 901 | 34.8 | 847 | 33.8 | 2,598 | 34 |
| Mujer | 1,690 | 66.5 | 1,665 | 64.3 | 1,651 | 65.8 | 5,006 | 65.5 |
| Total | 2,540 | 100 | 2,591 | 100 | 2,509 | 100 | 7,640 | 99.5 |

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 1, muestra que para el periodo de 2016 a 2018, la población que respondió el cuestionario IRIS, fue de 7,640 personas, de entre 17 y 25 años, en su mayoría mujeres que representó el 65.52%, mientras que los hombres el 34%, es necesario resaltar que se encuentra un porcentaje de datos perdidos del 0.48%. En comparación, el porcentaje de mujeres siempre fue mayor entre el 66.5% y 65.8%, para los tres años y en hombres entre el 33.5% y 33.8%. Aunque la población del año 2016 fue de 2,450 estudiantes y aumentó en el 2017, para el 2018 ha disminuido ligeramente tanto para ambos sexos.

Tabla 2.

*Frecuencia de la conducta asociada al suicidio: "He pensado en suicidarme" para los tres años.*

| Frecuencia | 2016 | Porcentaje | 2017 | Porcentaje | 2018 | Porcentaje | Total | Porcentaje |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nunca | 2,188 | 86.1 | 2,060 | 79.5 | 1,998 | 79.6 | 6,246 | 81.75 |
| Rara vez | 352 | 13.9 | 374 | 14.4 | 335 | 13.4 | 1,061 | 13.88 |
| Algunas veces | 0 | 0 | 140 | 5.4 | 158 | 6.3 | 298 | 3.90 |
| Casi siempre | 0 | 0 | 7 | .3 | 10 | .4 | 17 | 0.22 |
| Todo el tiempo | 0 | 0 | 3 | .1 | 6 | .2 | 9 | 0.11 |
| Total | 2,540 | 100 | 2,591 | 100 | 2,509 | 100 | 7,640 | 100 |

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 2, los datos representan la frecuencia sobre el reactivo “he pensado en suicidarme”. Se puede observar que, en el año 2016, solo muestra porcentaje en las dos primeras respuestas, es decir “nunca” con un 86% y “rara vez” de 13.9%, para el año 2017 se observan que, aunque el porcentaje más alto sigue siendo nunca con un 79.5%, seguido de rara vez con un 14.4%, se reportó datos para “algunas veces”, “casi todo el tiempo” y “casi siempre” en menor puntuación. A comparación del 2018, para la respuesta “nunca”, también ha disminuido en el 2018 de 86.1% a 79.6%, y en cuanto a las respuestas “casi siempre” y “todo el tiempo” aumentaron casi al doble el número de caso con pensamientos suicidas. Es decir que aunque de la población total, el 81.75% la mayoría de los estudiantes respondieron a “nunca”, conforme pasan los años en esta primera fase de conducta suicida incrementa.

Tabla 3.

*Frecuencia de la conducta asociada al suicidio “He planeado mi propia muerte” para los tres años.*

| Frecuencia del reactivo | 2016 | Porcentaje | 2017 | Porcentaje | 2018 | Porcentaje | Total | Porcentaje |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nunca | 2,259 | 88.9 | 2,202 | 85.0 | 2189 | 87.2 | 6650 | 86.64 |
| Rara vez | 281 | 11.1 | 244 | 9.4 | 181 | 7.2 | 706 | 9.24 |
| Algunas veces | 0 | 0 | 103 | 4.0 | 106 | 4.2 | 209 | 2.73 |
| Casi siempre | 0 | 0 | 10 | .4 | 15 | .6 | 25 | 0.32 |
| Todo el tiempo | 0 | 0 | 4 | .2 | 6 | .2 | 10 | 0.13 |
| Total | 2,540 | 100 | 2,591 | 100 | 2509 | 100 | 7640 | 100 |

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 3, se observa que el porcentaje para la respuesta “nunca” para la conducta “he planeado mi propia muerte” ha pasado de un 88.9% del 2016 a un 87,2% para el año 2018. Así mismo para la respuesta “rara vez” disminuyó de un 11% a un 7,02%, al contrario de las otras 3 respuestas que aumentó del 2017 a 2018, pasando de 10 estudiantes que mencionaron “casi siempre” a 15 y los que mencionaron “todo el tiempo” de 4 a 6 estudiantes, que

representan el 0.32% y 0.15%, de la población total y aunque son porcentajes bajos, estos datos incrementan mientras pasan de año a año.

Tabla 4.

*Frecuencia de reactivo "he intentado quitarme la vida (lastimándome, haciéndome daño, cortándome, tomando pastillas, asfixiándome, envenenándome, con el propósito de morir), para los 3 años.*

| Frecuencia del Reactivo | 2016 | Porcentaje | 2017 | Porcentaje | 2018 | Porcentaje | Total | Porcentaje |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nunca | 2392 | 94.2 | 2407 | 92.9 | 2311 | 92.1 | 7110 | 93.6 |
| Rara vez | 148 | 5.8 | 111 | 4.3 | 121 | 4.8 | 380 | 4.97 |
| Algunas veces | 0 | 0 | 60 | 2.3 | 64 | 2.6 | 124 | 1.6 |
| Casi siempre | 0 | 0 | 7 | .3 | 5 | .2 | 12 | 0.15 |
| Todo el tiempo | 0 | 0 | 2 | .1 | 6 | .2 | 8 | 0.10 |
| Total | 2540 | 100 | 2491 | 100 | 2509 | 100 | 7640 | 100 |

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 4, Muestra la comparación entre los 3 años para la conducta "he intentado quitarme la vida". La repuesta "nunca" paso del 94.2% al 92.1% del 2016 al 2018, así mismo disminuyó para "rara vez" de un 5.8% al 4.8%, mientras que para las siguientes, a partir del 2017 como en las tablas anteriores, ser reportaron dato, los cuales han aumentado. Para algunas veces de 60 (2.3%) a 64 casos (2.6%) y algunas veces de 2 (.1%) a 6 (.2%) casos. Lo que indica que para esta conducta, que los porcentajes más altos con "nunca" y "rara vez" también ha aumentado los casos de intento de suicidio en los estudiantes universitarios del 2017 a 2018.

Tabla 5.

*Frecuencia para la fase "He pensado en suicidarme", respecto a sexo por los tres años.*

| Sexo | Frecuencia | 2016 | | 2017 | | 2018 | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Porcentaje | | Porcentaje | | Porcentaje | | Porcentaje |
| Hombre | Nunca | 738 | 86.82 | 711 | 79 | 653 | 77 | 2,102 | 80.97 |
| | Rara vez | 112 | 13.17 | 149 | 16.57 | 137 | 16.17 | 398 | 15.33 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 38 | 4.2 | 54 | 6.37 | 92 | 3.54 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0.23 | 2 | 0.07 |
| | Todo el tiempo | 0 | 0 | 1 | 0.11 | 1 | 0.11 | 2 | 0.07 |
| Total | | **850** | **100** | **899** | **100** | **847** | **100** | **2,596** | **100** |
| Mujer | | | | | | | | | |
| | Nunca | 1,450 | 85.79 | 1,330 | 80.02 | 1,335 | 80.95 | 4,115 | 82.28 |
| | Rara vez | 240 | 14.20 | 223 | 13.41 | 198 | 12 | 661 | 13.21 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 100 | 6.01 | 103 | 6.24 | 203 | 4.05 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 7 | 0.42 | 8 | 0.48 | 15 | 0.29 |
| | Todo el tiempo | 0 | 0 | 2 | 0.12 | 5 | 0.30 | 7 | 0.13 |
| | Total | **1,690** | **100** | **1,662** | **100** | **1,649** | **100** | **5,001** | **100** |

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 5. Muestra los resultados por sexo para la conducta "he pensado en suicidarme", los cuales indican que tanto para los hombres y mujeres las respuestas "nunca y "rara vez" tienen los porcentajes altos, aunque disminuyen conforme pasa el año, para los hombres se sitúa entre el 86,82% y 77% para el 2018. Y para las mujeres 85.79% a 80.95% al 2018. Aunque se nota un cambio en las siguientes respuestas, ya que hay un aumento para "algunas veces" y "casi siempre" aunque el porcentaje es mayor en mujeres para esta primera fase de la conducta suicida. En datos generales estas respuestas, equivalen a un 3.88%, 0.22% y 0.11% del porcentaje total de la población.

Tabla 6.

*Frecuencia para el reactivo "he planeado mi propia muerte", respecto a sexo por los tres años.*

| Sexo | Frecuencia | 2016 | Porcentaje | 2017 | Porcentaje | 2018 | Porcentaje | Total | Porcentaje |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hombre | Nunca | 743 | 87.41 | 761 | 85.79 | 711 | 84.34 | 2,215 | 85.85 |
| | Rara vez | 107 | 12.58 | 94 | 10.59 | 88 | 10.43 | 289 | 11.20 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 27 | 3.04 | 37 | 4.38 | 64 | 2.4 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 5 | 0.56 | 6 | 0.71 | 11 | 0.42 |
| | Todo el tiempo | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.11 | 1 | 0.03 |
| | Total | **850** | **100** | **887** | **100** | **843** | **100** | **2,580** | **100** |
| Mujer | | | | | | | | | |
| | Nunca | 1,516 | 89.70 | 1,421 | 85.96 | 1,468 | 89.34 | 4,405 | 88.34 |
| | Rara vez | 174 | 10.29 | 148 | 8.95 | 93 | 5.66 | 415 | 8.32 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 75 | 4.53 | 68 | 4.13 | 143 | 2.86 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 5 | 0.30 | 9 | 0.54 | 14 | 0.28 |
| | Todo el tiempo | 0 | 0 | 4 | 0.24 | 5 | 0.30 | 9 | 0.18 |
| | Total | **1,690** | **100** | **1,653** | **100** | **1,643** | **100** | **4,986** | **100** |

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 6, representa el reactivo "he planeado mi propia muerte" para los tres años. Para los hombres, el porcentaje se sitúa en su mayoría, se nota una ligera diminución entre el 87.41% al 84.34%, del año 2016 a 2018, así mismo para "rara vez" de 12.5% a 10.4%. Para las siguientes respuestas existe un porcentaje más alto en mujeres que va de 8.9% a 5.6% en comparación con los hombres de 3.04 a 4.3%. Por lo que en la conducta asociada al suicidio como planeación, las mujeres tienden a planearlo más casi duplicando el número de casos. Sin embargo se nota un ligero aumento de esta conducta en hombres del 2017 al 2018.

Tabla 7.

*Frecuencia para el reactivo "he intentado quitarme la vida", respecto a sexo por los tres años.*

| Sexo | Frecuencia | 2016 | Porcentaje | 2017 | Porcentaje | 2018 | Porcentaje | Total | Porcentaje |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hombre | Nunca | 819 | 96.35 | 863 | 95.88 | 801 | 94.56 | 2,483 | 95.61 |
| | Rara vez | 31 | 3.64 | 29 | 3.22 | 33 | 3.89 | 93 | 3.58 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 7 | 0.77 | 12 | 1..41 | 19 | 7.31 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.11 | 1 | 0.03 |
| | Todo el tiempo | 0 | 0 | 1 | 0.11 | 0 | 0 | 1 | 0.03 |
| | Total | **850** | **100** | **900** | **100** | **847** | **100** | **2,597** | **100** |
| Mujer | | | | | | | | | |
| | Nunca | 1,573 | 93.07 | 1,522 | 91.46 | 1,500 | 90.96 | 4,595 | 91.84 |
| | Rara vez | 117 | 6.92 | 82 | 4.92 | 88 | 5.33 | 287 | 5.73 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 52 | 3.12 | 51 | 3.09 | 103 | 2.05 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 7 | 0.42 | 4 | 0.24 | 11 | 0.21 |
| | Todo el tiempo | 0 | 0 | 1 | 0.06 | 6 | 0.36 | 7 | 0.13 |
| | Total | **1,690** | **100** | **1,664** | **100** | **1,649** | **100** | **5,003** | **100** |

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 7, se observa para los hombres que la conducta "intentado quitarme la vida" para la respuesta "nunca" de un 96.3% al 94.5% de 2016 a 2018, lo que indica un ligero decremento, para "rara vez". No así en la respuesta "algunas veces" con un aumento de 0.77% a 1.41%. Sin embargo, para esta fase de la conducta suicida, las mujeres siguen con un porcentaje mayor con la respuesta "nunca" de un 93.07% a 90.96%, y para algunas veces" de 3.12% al 3.09%, y para "casi todo el tiempo" pasa de 2017 de 1 caso (0.06%) caso al 2018 con 6 casos (3.09%).

Tabla 8.

*Frecuencia de las tres fases de la conducta suicida por año, para el periodo 2016-2018.*

| Fases | Frecuencia del reactivo | 2016 | Porcentaje | 2017 | Porcentaje | 2018 | Porcentaje | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| "He pensado en suicidarme" | Nunca | 2,188 | 86.1 | 2,060 | 79.5 | 1,998 | 79.6 | 6,246 |
| | Rara vez | 352 | 13.9 | 374 | 14.4 | 335 | 13.4 | 1,061 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 140 | 5.4 | 158 | 6.3 | 298 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 7 | .3 | 10 | .4 | 17 |
| | Todo el tiempo | 0 | 0 | 3 | .1 | 6 | .2 | 9 |
| | Total | 2,540 | 100 | 2,591 | 100 | 2,509 | 100 | 7,640 |
| "He planeado mi propia muerte" | Nunca | 2,259 | 88.9 | 2,202 | 85.0 | 2,189 | 87.2 | 6,650 |
| | Rara vez | 281 | 11.1 | 244 | 9.4 | 181 | 7.2 | 706 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 103 | 4.0 | 106 | 4.2 | 209 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 10 | .4 | 15 | .6 | 25 |
| | Todo el tiempo | 0 | 0 | 4 | .2 | 6 | .2 | 10 |
| | Total | 2,540 | 100 | 2,591 | 100 | 2,509 | 100 | 7,640 |
| He intentado quitarme la vida | Nunca | 2,392 | 94.2 | 2,407 | 92.9 | 2,311 | 92.1 | 7,110 |
| | Rara vez | 148 | 5.8 | 111 | 4.3 | 121 | 4.8 | 380 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 60 | 2.3 | 64 | 2.6 | 124 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 7 | .3 | 5 | .2 | 12 |
| | Todo el tiempo | 0 | 0 | 2 | .1 | 6 | .2 | 8 |
| | Total | 2,540 | 100 | 2,491 | 100 | 2,509 | 100 | 7,640 |

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la Tabla 8, los datos indican que la fase de pensamiento suicida tiene mayor porcentaje en el año 2017 y 2018, es decir, el 20.24% y 20.28% corresponden a alumnos que contestaron que por lo menos una vez han pensado en su propia muerte, lo que nota un aumento en esta fase. En segundo orden, la fase de planeación, tiene mayor porcentaje en 2017 con un 14.04%. En cuanto a la fase de intento suicida, se muestra un aumento del año 2016 con 5.8% a 7.8% para 2018.

Tabla 9.

*Frecuencia total de las tres fases de la conducta suicida del periodo 2016-2018.*

| Reactivos | | Frecuencia | Porcentaje total |
|---|---|---|---|
| He pensado en suicidarme. | Nunca | 6,246 | 81.85 |
| | Rara vez | 1,061 | 13.90 |
| | Algunas veces | 298 | 3.90 |
| | Casi siempre | 17 | 0.22 |
| | Todo el tiempo | 9 | 0.11 |
| | Total | **7,631** | **100** |
| He planeado mi propia muerte. | Nunca | 6,650 | 87.5 |
| | Rara vez | 706 | 9.2 |
| | Algunas veces | 209 | 2.75 |
| | Casi siempre | 25 | 0.32 |
| | Todo el tiempo | 10 | 0.13 |
| | Total | **7,600** | **100** |
| He intentado quitarme la vida (lastimándome, haciéndome daño, etc.,). | Nunca | 7,110 | 93.13 |
| | Rara vez | 380 | 4.97 |
| | Algunas veces | 124 | 1.62 |
| | Casi siempre | 12 | 0.15 |
| | Todo el tiempo | 8 | 0.10 |
| | Total | **7,634** | **100** |

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 9, muestra los datos generales para el periodo 2016-2018 sobre las tres fases de la conducta suicida. Se registraron 1385 casos (18.13%) para la fase de pensamiento suicida, para la fase de planeación, 950 casos (12.4%), y por último la fase de intento suicida, 524 casos (6.84%). En concreto, el porcentaje de datos va disminuyendo conforme avanza la fase, sin embargo, existe un aumento si se analiza por años separados y fases, como se observó en la tabla anterior. A continuación se mostrarán las tablas respecto a cada carrera para las tres fases de la conducta suicida.

Tabla 10.

*Frecuencia de la fase "he pensado en suicidarme" para las carreras del área de la salud de FES-Iztacala por los tres años.*

| Carrera | Frecuencia | 2016 | 2017 | 2018 | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| Médico | Nunca | 644 | 270 | 234 | 1,148 |
| Cirujano | Al menos una vez | 57 | 92 | 61 | 210 |
| | Total | **701** | **362** | **295** | **1,358** |
| Psicología | Nunca | 828 | 473 | 22 | 1,323 |
| | Al menos una vez | 170 | 68 | 7 | 245 |
| | Total | **998** | **541** | **29** | **1,568** |
| Optometría | Nunca | 60 | 249 | 485 | 794 |
| | Al menos una vez | 5 | 47 | 81 | 133 |
| | Total | **65** | **296** | **566** | **927** |
| Cirujano D. | Nunca | 125 | 589 | 427 | 1,141 |
| | Al menos una vez | 15 | 115 | 187 | 317 |
| | Total | **140** | **704** | **614** | **1,458** |
| Biología | Nunca | 294 | 98 | 226 | 618 |
| | Al menos una vez | 68 | 21 | 93 | 182 |
| | Total | **362** | **119** | **319** | **800** |
| Enfermería | Nunca | 237 | 381 | 604 | 1,222 |
| | Al menos una vez | 37 | 180 | 80 | 297 |
| | Total | **274** | **561** | **684** | **1,519** |

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 10, muestra la frecuencia del reactivo "he pensado en suicidarme" para cada una de las carreras. Los datos totales evidencian que la carrera que tiene mayor presencia en esta fase de ideación suicida es cirujano dentista ya que 317 alumnos contestaron que por lo menos alguna vez han pensado en suicidarse. Ahora bien, al realizar un análisis por año en el 2016 la carrera que tuvo mayor frecuencia o presencia de pensamientos suicidas por lo menos alguna vez es Psicología, con 170 alumnos que contestaron por lo menos alguna vez han pensado en suicidarse, para 2017 la carrera de enfermería con 180 alumnos y en 2018 es la

carrera de cirujano dentista con 187. Se observa también un constante aumento de esta fase en las carreras de biología, cirujano dentista y optometría para 2018.

Tabla 11.

*Frecuencia de presencia y ausencia de la fase "he planeado mi propia muerte" para las carreras del área de la salud de FES- Iztacala por los tres años.*

| Licenciatura | Frecuencia | 2016 | 2017 | 2018 | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| Médico Cirujano | Nunca | 653 | 293 | 257 | 1,203 |
| | Al menos una vez | 48 | 66 | 38 | 152 |
| | Total | **701** | **359** | **295** | **1,355** |
| Psicología | . Nunca | 863 | 488 | 24 | 1,375 |
| | Al menos una vez | 135 | 50 | 5 | 190 |
| | Total | **998** | **538** | **29** | **1,565** |
| Optometría | Nunca | 58 | 267 | 512 | 837 |
| | Al menos una vez | 7 | 29 | 50 | 86 |
| | Total | **65** | **296** | **562** | **923** |
| Cirujano Dentista | Nunca | 134 | 612 | 502 | 1,248 |
| | Al menos una vez | 6 | 81 | 108 | 195 |
| | Total | **140** | **693** | **610** | **1,443** |
| Biología | Nunca | 297 | 107 | 260 | 664 |
| | Al menos una vez | 65 | 12 | 57 | 134 |
| | Total | **362** | **119** | **317** | **798** |
| Enfermería | Nunca | 254 | 435 | 634 | 1,323 |
| | Al menos una vez | 20 | 122 | 50 | 192 |
| | Total | **274** | **557** | **684** | **1,515** |

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 11, muestra la frecuencia de presencia y ausencia del reactivo “he planeado mi propia muerte” en cada una de las carreras por los 3 años respectivamente. En datos generales la carrera que tuvo una mayor presencia de la conducta de planeación fue la carrera de cirujano dentista con 195 alumnos que contestaron que mínimo una vez en su vida han planeado su propia muerte. En datos específicos por año en 2016 la carrera que tuvo una mayor presencia de esta fase fue la carrera de Psicología con 135 alumnos en 2017 fue enfermería con 122 alumnos y posteriormente para 2018 nuevamente la carrera de cirujano dentista puntúa con datos altos es decir con 108 alumnos que contestaron a este reactivo.

Tabla 12.

*Frecuencia de la presencia y ausencia de la fase “he intentado suicidarme” para las carreras del área de la salud de FES-Iztacala por los tres años.*

| Licenciatura | | 2016 | 2017 | 2018 | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| Médico Cirujano | Nunca | 679 | 330 | 272 | 1,281 |
| | Al menos una vez | 22 | 32 | 22 | 76 |
| | Total | **701** | **362** | **294** | **1,357** |
| Psicología | Nunca | 922 | 524 | 28 | 1,474 |
| | Al menos una vez | 76 | 18 | 1 | 95 |
| | Total | **998** | **542** | **29** | **1,569** |
| Optometría | Nunca | 59 | 275 | 533 | 867 |
| | Al menos una vez | 6 | 21 | 33 | 60 |
| | Total | **65** | **296** | **566** | **927** |
| Cirujano | Nunca | 135 | 666 | 542 | 1,343 |
| Dentista | Al menos una vez | 5 | 38 | 73 | 116 |
| | Total | **140** | **704** | **615** | **1,459** |
| Biología | Nunca | 343 | 116 | 290 | 749 |
| | Al menos una vez | 19 | 3 | 29 | 51 |
| | Total | **362** | **119** | **319** | **800** |
| Enfermería | Nunca | 254 | 495 | 646 | 1,395 |
| | Al menos una vez | 20 | 68 | 38 | 126 |
| | Total | **274** | **563** | **684** | **1,521** |

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 12, muestra la frecuencia de la presencia y ausencia del reactivo “he intentado suicidarme” en todas las carreras para cada uno de los tres años respectivamente. Los datos totales, indican que la carrera de enfermería tuvo una mayor prevalencia con 126 alumnos que respondieron que por lo menos una vez en su vida ha intentado suicidarse, el cual incluye lastimarse, hacerse daño, etc. El análisis por año muestra que en 2016, psicología tuvo una frecuencia alta con 76 casos de intento, 2017 enfermería con 68 casos y por último en 2018 la carrera de cirujano dentista con 73 casos de intentos.

Por otro lado, las siguientes tablas resaltan el proceso de las tres fases del comportamiento suicida, por carrera en cada uno de los tres años del periodo 2016-2018.

Tabla 13.

*Comparación de las tres fases de la conducta suicida para la carrera de médico cirujano por año.*

| Fase | | 2016 | Porcentaje | 2017 | Porcentaje | 2018 | Porcentaje | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| “He pensado en suicidarme” | Nunca | 644 | 91.86 | 270 | 74.58 | 234 | 79.32 | 1148 |
| | Rara vez | 57 | 8.13 | 69 | 19.06 | 40 | 13.55 | 166 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 23 | 6.35 | 18 | 6.10 | 41 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.33 | 1 |
| | Todo el tiempo | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0.67 | 2 |
| Total | | **701** | **100** | **362** | **100** | **295** | **100** | **1358** |
| “He planeado mi propia muerte” | Nunca | 653 | 93.15 | 293 | 81.61 | 257 | 87.11 | 1203 |
| | Rara vez | 48 | 6.84 | 48 | 13.37 | 26 | 8.81 | 122 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 17 | 4.73 | 10 | 3.38 | 27 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 1 | 0.27 | 0 | 0 | 1 |
| | Todo el tiempo | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0.67 | 2 |
| Total | | **701** | **100** | **359** | **100** | **295** | **100** | **1355** |
| “He intentado quitarme la vida (lastimándome, etc.) | Nunca | 679 | 96.86 | 330 | 91.16 | 272 | 92.51 | 1281 |
| | Rara vez | 22 | 3.13 | 22 | 6.07 | 16 | 5.44 | 60 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 10 | 2.76 | 4 | 1.36 | 14 |
| | Todo el tiempo | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0.68 | 2 |
| Total | | **701** | **100** | **362** | **100** | **294** | **100** | **1357** |

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 13, muestra que para la fase “he pensado en suicidarme” el porcentaje más alto es para la respuesta “nunca” entre el 74.58% al 91.86% del 2016 al 2018. En segundo lugar, lo ocupa la respuesta “rara vez” de un 8.13% para el 2016, que aumenta a 19.06% y disminuye a 13.55% para el 2018. Para las siguientes respuestas no hay puntuación en el año 2016, pero en el 2018, aunque es bajo el porcentaje, ya se ve reflejado que esta conducta se presenta “casi siempre” y “todo el tiempo”, en general con 3 casos.

Para el siguiente reactivo “he planeado mi propia muerte” también la respuesta “Nunca se sitúa entre el 81.15% y el 93.15%, seguido de “rara vez” donde se ubica entre el 6.84% pero aumenta en el 2018 a 8.81%, lo que significa en esta conducta un ligero aumento, para algunas veces” se reportaron un 4.73% en 2017 y en 2018 ya se observan el 3 casos para la respuesta “todo el tiempo” lo que significa un 0.67%.

En la conducta “he intentado quitarme la vida” aunque el porcentaje para “nunca” sigue siendo el más alto” para los 3 años, es más baja por lo que respecta en número de datos, de 272 (92.51%) a 679 (96.86%), seguido de la respuesta “rara vez” de un 3.12% en 2016, aumenta para 2017 a 6.07% y desciende a 5.44% en 2018; en este caso, solo se presentó porcentaje para 2 casos de la respuesta todo el tiempo es decir un 0.68%, . En general, en comparación por conductas, el pensamiento suicida se ubica en primer lugar, posteriormente la planeación e intento para esta carrera con un menor número de casos. Es importante mencionar que se tiene un total de 8 casos aproximados de comportamientos suicida con las respuestas “casi siempre” y “todo el tiempo” en los estudiantes de esta carrera que están pensando en el suicidio constantemente.

Tabla 14.

*Comparación de las tres fases de la conducta suicida para la carrera de Psicología por año.*

| Fase | | 2016 | Porcentaje | 2017 | Porcentaje | 2018 | Porcentaje | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| "He pensado en suicidarme" | Nunca | 828 | 82.96 | 473 | 87.43 | 22 | 75.86 | 1323 |
| | Rara vez | 170 | 17.03 | 50 | 9.24 | 6 | 20.68 | 226 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 15 | 2.77 | 1 | 3.44 | 16 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 2 | 0.36 | 0 | 0 | 2 |
| | Todo el tiempo | 0 | 0 | 1 | 0.18 | 0 | 0 | 1 |
| | Total | **998** | **100** | **541** | **100** | **29** | **100** | **1568** |
| "He planeado mi propia muerte" | Nunca | 863 | 86.47 | 488 | 90.70 | 24 | 82.75 | 1375 |
| | Rara vez | 135 | 13.52 | 35 | 6.50 | 4 | 13.79 | 174 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 13 | 2.41 | 1 | 3.44 | 14 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 2 | 0.37 | 0 | 0 | 2 |
| | Total | **998** | **100** | **538** | **100** | **29** | **100** | **1565** |
| "He intentado quitarme la vida (lastimándome, haciéndome daño, etc…)" | Nunca | 922 | 92.38 | 524 | 96.67 | 28 | 96.55 | 1474 |
| | Rara vez | 76 | 7.61 | 10 | 1.84 | 0 | 0 | 86 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 8 | 1.47 | 1 | 3.44 | 9 |
| | Total | 998 | 100 | 542 | 100 | 29 | 100 | 1569 |

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 14, muestra los resultados para la carrera de psicología. Para la conducta "he pensado en suicidarme" en 2016 se puede observar que el 82.96% (828) mencionaron que nunca han tenido pensamientos suicidas, para el 2017 disminuye a 87.43%, sin embargo, los participantes que contestaron a ésta respuesta baja a 473 casos, y sigue en declive para 2018 con 22 casos que representa el 75.86%. En cuanto a los que ya comienzan a tener pensamientos

suicidas, se evidencia con la respuesta “rara vez” en 2016, los datos son 170 casos con un 17.03%, e igual en 2017 baja a 9.24%, y en 2018 representa el 20.68%.

Para las siguientes respuestas, solo en 2017 se muestran datos con un 2.77% “algunas veces”, “casi siempre” con 0.36% y “todo el tiempo” con 0.18%, lo que representa estas dos últimas respuestas con 2 casos de forma general.

Por otro lado, para la conducta “He planeado mi propia muerte, los porcentajes altos de 82.75% a 90.70% es para “nunca” entre 2016 y 2018. Para “rara vez” en 2016 se presentan 135 casos (13.52%), disminuye a 6.50% en 2017 y en 2018 con un 13.79%. Sigue siendo en el año 2017 donde se perciben casos para “algunas veces” con 2.41% y casi siempre con 0.37%., ya que en 2018 no existen casos para esta respuesta.

Por último, para “he intentado quitarme la vida”, los valores se concentran para la respuesta “nunca”, entre el 92.38% y 96.55%. En este caso para las respuestas “rara vez” se reflejaron en 2016 con 7.61% y en 2017 con un 1.84%, para “algunas veces” solo se presentó en 2017 con un 1.47%. La respuesta “todo el tiempo”, no se reflejó en ninguno de los 3 años para esta fase. En esta carrera los datos prevalecen más en la conducta de pensamiento suicida, seguido de la planeación y por último el intento con un menor número de casos en los tres años estudiado, estos datos son similares a la carrera de Médico Cirujano donde el intento es la conducta con menor puntuación de casos, cabe mencionar que en el año 2018, fue el año con mayores porcentajes donde se presentaron conductas suicidas, por lo menos alguna vez.

Tabla 15.

*Comparación de las tres fases de la conducta suicida para la carrera de optometría por año.*

| | | 2016 | Porcentaje | 2017 | Porcentaje | 2018 | Porcentaje | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| "He pensado en suicidarme" | Nunca | 60 | 92.30 | 249 | 84.12 | 485 | 85.68 | 794 |
| | Rara vez | 5 | 7.69 | 33 | 11.14 | 53 | 9.36 | 91 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 14 | 4.74 | 27 | 4.77 | 41 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.17 | 1 |
| | Total | **65** | **100** | **296** | **100** | **566** | **100** | **927** |
| "He planeado mi propia muerte" | Nunca | 58 | 89.23 | 267 | 90.20 | 512 | 91.10 | 837 |
| | Rara vez | 7 | 10.76 | 18 | 6.08 | 31 | 5.51 | 56 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 10 | 3.37 | 18 | 3.20 | 28 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.17 | 1 |
| | Todo el tiempo | 0 | 0 | 1 | 0.33 | 0 | 0 | 1 |
| | Total | **65** | **100** | **296** | **100** | **562** | **100** | **923** |
| He intentado quitarme la vida (lastimándome, haciéndome daño, etc.) | Nunca | 59 | 90.76 | 275 | 92.90 | 533 | 94.16 | 867 |
| | Rara vez | 6 | 9.23 | 14 | 4.72 | 21 | 3.71 | 41 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 6 | 2.02 | 11 | 1.94 | 17 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 1 | 0.33 | 0 | 0 | 1 |
| | Todo el tiempo | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.17 | 1 |
| | Total | **65** | **100** | **296** | **100** | **566** | **100** | **927** |

Fuente: Elaboración propia.

En la siguiente Tabla 15 se observa que para la primera conducta "he pensado suicidarme, el porcentaje de la respuesta "nunca" oscila entre 84.12% y 92.30% en los 3 años. Para "rara vez", de un 7.69% aumenta en 2017 a 11.14% y a 9.36% sin embargo, los casos aumentaron de 5 a 53 en 2018. También se presentan datos en "algunas veces" con una mayor proporción de datos en 2018 con 4.77% y en este mismo año solo se reportó "casi siempre" con un porciento muy bajo de 0.17, lo que equivale a un caso. En esta conducta no hubo respuesta de "todo el tiempo" en ninguno de los 3 años analizados.

Por lo que respecta a la conducta “he planeado mi muerte” al igual que el pensamiento suicida se sitúa entre el 89.23% y 91.10% para la respuesta “nunca” del 2016 al 2018. Se nota una proporción de datos con el 10.76% en la respuesta “rara vez”, en 2016, aunque ya no se observan datos para las siguientes respuestas. En 2017 hay un porcentaje bajo para “algunas veces” con 3.37% 3.20%. La respuesta “casi siempre y “todo el tiempo” no tuvieron puntuaciones altas, sin embargo, los 2 casos que se observan son relevantes al presentarse en años posteriores.

Por último, los datos para “he intentado suicidarme” también son bajos para esta carrera, siendo la respuesta “nunca” con mayor porcentaje de entre 90.76 a 94.16% en los tres años. “rara vez” disminuye de 9.23% a 3.71% aunque los casos son mayores por la cantidad de estudiantes que contestaron el cuestionario en el año 2018. De la misma forma, “algunas veces” es representado con el 2.02% y disminuye a 1.941%; así también, se reportó solo un caso en 2017 de intento constante y en 2018 como “casi siempre” ha intentado suicidarse.

En resumidas cuentas, en la carrera de optometría la población que contestó al menos una vez haber presentado la fase de pensamiento suicida, tiene un porcentaje mayor con 133 casos, seguido de planeación con 86 casos e intento con 60 casos, datos menores a comparación de la carrera de psicología.

Tabla 16.

*Comparación de las tres fases de la conducta suicida para la carrera de cirujano dentista por año.*

| Fase | | 2016 | Porcentaje | 2017 | Porcentaje | 2018 | Porcentaje | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| “He pensado en suicidarme” | Nunca | 125 | 89.28 | 589 | 83.66 | 427 | 69.54 | 1,141 |
| | Rara vez | 15 | 10.71 | 87 | 12.35 | 124 | 20.19 | 226 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 27 | 3.83 | 56 | 9.12 | 83 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0.65 | 4 |
| | Todo el tiempo | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 3 | 0.48 | 4 |
| | Total | **140** | **100** | **704** | **100** | **614** | **100** | **1,458** |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| “He planeado mi propia muerte” | Nunca | 134 | 95.71 | 612 | 88.31 | 502 | 82.29 | 1,248 |
| | Rara vez | 6 | 4.28 | 56 | 8.08 | 58 | 9.50 | 120 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 23 | 3.31 | 40 | 7.38 | 63 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 7 | 1.14 | 8 |
| | Todo el tiempo | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 3 | 0.49 | 4 |
| | Total | **140** | **100** | **693** | **100** | **610** | **100** | **1,443** |
| “He intentado quitarme la vida (lastimándome, haciéndome daño, etc…)” | Nunca | 135 | 96.42 | 666 | 94.60 | 542 | 88.13 | 1,343 |
| | Rara vez | 5 | 3.57 | 29 | 4.11 | 43 | 6.99 | 77 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 8 | 1.13 | 27 | 4.39 | 35 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.16 | 1 |
| | Todo el tiempo | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 2 | 0.32 | 3 |
| **Total** | | **140** | **100** | **704** | **100** | **615** | **100** | **1,459** |

Fuente: Elaboración propia.

En Tabla 16, se observa en 2016 una cantidad baja de estudiantes (125) de la carrera de cirujano dentista que contestaron el cuestionario IRIS, comparación de 2017 y 2018, donde aumenta a 704 y 614. Por lo que respecta a la conducta “he pensado en suicidarme” en 2016, para la respuesta “nunca” es de 89.28%” un porcentaje más bajo a comparación con las carreras anteriores, y disminuye en 2018 a un 69.54%. Para la respuesta “rara vez”, en 2016 se observan datos de 10.71% y no existen datos para las siguientes respuestas, no así para 2017 donde se concentran datos de un 12.35% para “rara vez” y aumenta a un 20.19% en 2018, porcentajes altos a comparación de las carreras anteriores, en este mismo año 2017 existe solo un caso de “todo el tiempo” (0.14%).

En 2018, se observa un aumento, para “algunas veces” hay un 3.83% en 2017 y 9.12% en 2018, en este mismo año a diferencia de los anteriores existe una presencia de 7 casos para “casi siempre” 0.65% y 0.48% donde la fase de pensamiento suicida está más presente.

Para “he planeado mi propia muerte” los porcentajes son ligeramente más altos que el pensamiento suicida” para la respuesta “nunca” de 95,71% en 2016 bajo a 82.29% en 2018. Para las respuestas que hacen referencia en haber presentado al menos una vez la conducta de

planeación, para “rara vez” es de 4.28% y aumenta a 9.50% en 2018. Algunas veces” se observa hasta 2017 con 3.31% (23) y aumenta a 7.38%. En cuanto a “casi siempre” también aumenta de 0.14% a 1.14%, “todo el tiempo”, lo que equivale a 12 casos de forma general; aunque es la respuesta con menos porcentaje  muestra que asciende en 2018.

En la tercera fase, “he intentado quitarme la vida”, hay mayor concentración de datos para la respuesta “nunca” es decir 96.42% mencionó que nunca lo ha intentado, sin embargo, esto disminuye para 2018 a 88.13%, para los que se refieren a que “rara vez” lo ha intentado pasa del 3,57% a 6.99% para 2018. Así también hay aumento de casos para algunas veces del 1.13% a 4.39% y solo para 2018 se muestran 4 casos para “casi siempre” y “casi todo el tiempo” lo que representa en 2017 con el 0.14% y en 2018 con 0.48%, aunque ligeramente, pero al igual que la fase de planeación está en aumento. Por último, en esta carrera, las tres conductas se ubican de la misma forma que las carreras anteriores, el mayor porcentaje es para pensamiento suicida, seguido de planeación y por último el intento, aunque en esta ocasión los porcentajes en comparación con las demás carrera anterior son mayores.

Tabla 17.

*Comparación de las tres fases de la conducta suicida para la carrera de biología por año.*

| Fase | | 2016 | Porcentaje | 2017 | Porcentaje | 2018 | Porcentaje | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| "He pensado en suicidarme" | Nunca | 294 | 81,21 | 98 | 82.35 | 226 | 70.84 | 618 |
| | Rara vez | 68 | 18.78 | 16 | 13.44 | 59 | 18.49 | 143 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 4 | 3.36 | 30 | 9.40 | 34 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 1 | 0.84 | 3 | 0.94 | 4 |
| | Todo el tiempo | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.31 | 1 |
| | Total | **362** | **10** | **119** | **100** | **319** | **100** | **800** |
| "He planeado mi propia muerte" | Nunca | 297 | 82.04 | 107 | 89.91 | 260 | 82.01 | 664 |
| | Rara vez | 65 | 17.95 | 8 | 6.72 | 35 | 11.04 | 108 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 2 | 1.68 | 16 | 5.04 | 18 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 2 | 1.68 | 5 | 1.57 | 7 |
| | Todo el tiempo | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.31 | 1 |
| | Total | **362** | **100** | **119** | **100** | **317** | **100** | **798** |
| "He intentado quitarme la vida (lastimándome, haciéndome daño, etc…)" | Nunca | 343 | 94.75 | 116 | 97.47 | 290 | 90.90 | 749 |
| | Rara vez | 19 | 5.24 | 1 | 0.84 | 16 | 5.01 | 36 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 2 | 1.68 | 9 | 2.82 | 11 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0.94 | 3 |
| | Todo el tiempo | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.31 | 1 |
| | **Total** | **362** | **100** | **119** | **100** | **319** | **100** | **800** |

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 17, muestra que para la conducta "he pensado en suicidarme", en la carrera de Biología en 2016 es de 89.28% para la repuesta "nunca", y disminuye en 2018 a 69.54% para 2018. Se observa que hay concentración de datos para la respuesta "rara vez" de 18.78%, disminuye a 13.44% en 2017 pero aumenta a 18.49% en 2018. La respuesta "algunas veces" también asciende de 3.36% a 9.40% en 2018. Es solo hasta 2017 cuando se presenta solo un

caso de la respuesta “casi siempre” y en 2018 ya existe presencia de 3 casos (0.94%) con “casi siempre” y uno (0.31%.) para “todo el tiempo”, lo que equivale a 5 casos de forma general.

Por lo que respecta a la fase “he planeado mi propia muerte”, entre el 2016 y 2015 el porcentaje oscila entre el 82.04% y 89.91%. Para los participantes que contestaron que al menos una vez han planeado su muerte, con la respuesta “rara vez” tiene porcentajes de 17.95% y desciende a 11.04% a 2018, en este mismo año a diferencia de los anteriores las respuestas siguientes tiene porcentajes más altos, para algunas veces” 5.04%, “casi siempre”1.57% y para “todo el tiempo 0.31%, es decir, 8 casos en general.

Para la fase “he intentado quitarme la vida”, se nota que el 2016 tiene porcentajes solo para “nunca” de 82.04% y “rara vez” de 17.95%, para 2017 ya hay porcentajes en “algunas veces” y “casi siempre” aunque bajar de 1.68%. Para 2018 se muestran datos para todas las respuestas y aumentan los porcentajes para los estudiantes que contestaron que al menos una vez han intentado suicidarse, para “rara vez” de 5.01%, “Algunas veces” 2.82%, “casi siempre” 0.94% y “todo el tiempo” 0.31”, lo que se refiere a 4 casos. En comparación de las 3 conductas asociadas al suicidio, el pensamiento suicida tiene mayor número de casos con 182, seguido de planeación con 134 y para intento suicidada con 51, es decir, para biología, el intento de suicidio es menor que las carreras anteriores.

Tabla 18.

*Comparación de las tres fases de la conducta suicida para la carrera de enfermería por año.*

| Fase | | 2016 | Porcentaje | 2017 | Porcentaje | 2018 | Porcentaje | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| "He pensado en suicidarme" | Nunca | 237 | 86.49 | 381 | 67.91 | 604 | 88.30 | 1222 |
| | Rara vez | 37 | 13.50 | 118 | 21.03 | 53 | 7.74 | 208 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 57 | 10.16 | 26 | 3.80 | 83 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 4 | 0.71 | 1 | 0.14 | 5 |
| | Todo el tiempo | 0 | 0 | 1 | 0.17 | 0 | 0 | 1 |
| | Total | **274** | **100** | **561** | **100** | **684** | **100** | **1519** |
| "He planeado mi propia muerte" | Nunca | 254 | 92.70 | 435 | 78.09 | 634 | 92.69 | 1323 |
| | Rara vez | 20 | 7.29 | 78 | 14.00 | 27 | 3.94 | 125 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 38 | 6.82 | 21 | 3.07 | 59 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 4 | 0.71 | 2 | 0.29 | 6 |
| | Todo el tiempo | 0 | 0 | 2 | 0.35 | 0 | 0 | 2 |
| | Total | **274** | **100** | **557** | **100** | **684** | **100** | **1515** |
| "He intentado quitarme la vida (lastimándome, haciéndome daño, etc…)" | Nunca | 254 | 92.70 | 495 | 87.92 | 646 | 94.44 | 1395 |
| | Rara vez | 20 | 7.29 | 35 | 6.21 | 25 | 3.65 | 80 |
| | Algunas veces | 0 | 0 | 26 | 4.61 | 12 | 1.75 | 38 |
| | Casi siempre | 0 | 0 | 6 | 1.06 | 1 | 0.14 | 7 |
| | Todo el tiempo | 0 | 0 | 1 | 0.17 | 0 | 0 | 1 |
| | **Total** | **274** | **100** | **563** | **100** | **684** | **100** | **1521** |

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 18, presenta los datos para la carrera de Enfermería. En cuanto a la fase de "he pensado suicidarme" en el año 2016, los porcentajes son altos para la repuesta "nunca" de 86.49% al 88.30%, para los que al menos una vez lo han ideado con la respuesta "rara vez" en el año 2017 se reportan más casos, con un 21.03%. En este mismo año, se encuentran porcentajes para las siguientes respuestas, para "algunas veces" de 10.16%, "casi siempre" y

todo el tiempo” de 0.71%, y estas cifras bajan en 2018 a “3.80% y 0.14%, sin presentarse casos con la respuestas “todo el tiempo.

La siguiente fase “he planeado suicidarme”, la situación es similar que la fase de pensamiento suicida. La respuesta “rara vez”, pasa de un 7.29% a 3.94% de 2016 para 2018, aunque en 2017 aumentó a 14%. Para las siguientes respuesta “algunas veces” disminuyen de 6.82% a 3.07%. En 2017 se observa que ya se presentan puntajes para “casi siempre” con 4 casos (0.71% y “todo el tiempo” con 2 casos (0.35%), para 2018 solo se presentan 2 casos (0.29%) para “casi siempre”.

La última fase “he intentado suicidarme”, en 2018 tiene el mayor porcentaje para la respuesta "nunca" con un 94.44%. Mientras que la respuesta “rara vez” disminuye de un 7.29% a 3.65% es decir, los intentos se han reducido para esta carrera en 2018. Esto ocurre también para las respuestas “algunas veces” de 4.61% a 1.75% y para “casi siempre” de 1.06% a 0.14%, así como la respuesta “todo el tiempo” ya no se presentó en 2018. En resumidas cuentas, en la carrera de enfermería se registraron 297 casos para pensamientos suicidas, 192 casos para planeación y 126 casos que han cometido intento suicida por lo menos una vez en estos tres años. Es relevante resaltar que esta también es una carrera con las mayores puntuaciones para cada una de las tres fases de la conducta suicida.

Por consiguiente, se evidencias los resultados de las correlaciones entres las conductas asociadas al suicidio y el promedio de egreso de los datos presentados por año del periodo 2016-2018.

Tabla 19.

*Correlación promedio y conductas asociadas al suicidio en 2016.*

| | | Promedio de egreso | He pensado en suicidarme. | He planeado mi propia muerte. | He intentado quitarme la vida. |
|---|---|---|---|---|---|
| Promedio de egreso | Correlación de Pearson | | | | |
| | Sig. (bilateral) | | | | |
| | N | | | | |
| He pensado en suicidarme. | Correlación de Pearson | -.087** | | | |
| | Sig.(bilateral) | .000 | | | |
| | N | 2486 | 2539 | | |
| He planeado mi propia muerte. | Correlación de Pearson | -.089** | .483** | | |
| | Sig.(bilateral) | .000 | .000 | | |
| | N | 2487 | 2539 | 2540 | |
| He intentado quitarme la vida (lastimándome, haciéndome daño, etc…) | Correlación de Pearson | -.074** | .469** | .384** | |
| | Sig.(bilateral) | .000 | .000 | .000 | |
| | N | 2487 | 2539 | 2540 | 2540 |

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

Fuente: Elaboración propia

En la presente Tabla, en el año 2016 muestra que existe una relación negativa alta y significativa (r-.087, p=.001) de la fase de pensamiento suicida con el promedio de egreso en 2016. Es decir que entre menor promedio, mayor frecuencia de pensamiento suicida y lo que también indicaría que entre mayor promedio, menor frecuencia de pensamiento suicida, En cuanto a planeación suicida, también se encuentra una correlación muy buena, significativa y negativa, (r-.089, p=.001) a mayor conducta de planeación menor promedio de egreso.

Y, por último, la fase de intento suicida, existe una correlación significativa buena (r-0.74, p=.001) pero de igual forma inversamente proporcional con el promedio de egreso.

Tabla 20.

*Correlaciones promedio de egreso y conductas asociadas al suicidio en 2017.*

| | | Promedio de egreso | He pensado en suicidarme. | He planeado mi propia muerte. | He intentado quitarme la vida |
|---|---|---|---|---|---|
| Promedio de egreso | Correlación de Pearson | | | | |
| | Sig. (bilateral) | | | | |
| | N | 2490 | | | |
| He pensado en suicidarme. | Correlación de Pearson | -.118** | | | |
| | Sig. (bilateral) | .000 | | | |
| | N | 2485 | 2584 | | |
| He planeado mi propia muerte. | Correlación de Pearson | -.107** | .576** | | |
| | Sig. (bilateral) | .000 | .000 | | |
| | N | 2466 | 2562 | 2563 | |
| He intentado quitarme la vida (lastimándome, haciéndome daño, etc…) | Correlación de Pearson | -.053** | .582** | .484** | |
| | Sig. (bilateral) | .009 | .000 | .000 | |
| | N | 2488 | 2584 | 2563 | 2587 |

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

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 20, muestra los datos de correlación para el año 2017. Se evidencia una correlación negativa y significativa entre pensamiento suicida y el promedio de egreso (r =-.118, p = .001), un poco más alta que en el año 2016. De igual forma en la fase de planeación, existe una correlación alta, negativa y significativa con el promedio de egreso (r=-.107, p = .001). En cuanto a la fase de he intentado quitarme la vida, la relación es moderada, y negativa con el promedio de egreso para este periodo (r= -.053, p = .001).

Tabla 21.

*Correlación promedio de egreso y conductas asociadas al suicidio para el 2018.*

| | | Promedio de egreso | He pensado en suicidarme. | He planeado mi propia muerte. | He intentado quitarme la vida. |
|---|---|---|---|---|---|
| Promedio de egreso | Correlación de Pearson | | | | |
| | Sig. (bilateral) | | | | |
| | N | 2432 | | | |
| He pensado en suicidarme. | Correlación de Pearson | -.087** | | | |
| | Sig. (bilateral) | .000 | | | |
| | N | 2431 | 2507 | | |
| He planeado mi propia muerte. | Correlación de Pearson | -.079** | .729** | | |
| | Sig. (bilateral) | .000 | .000 | | |
| | N | 2421 | 2496 | 2497 | |
| He intentado quitarme la vida (lastimándome, haciéndome daño, etc…) | Correlación de Pearson | -.028 | .622** | .605** | |
| | Sig. (bilateral) | .168 | .000 | .000 | |
| | N | 2431 | 2506 | 2496 | 2507 |

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

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 21, muestra una relación significativa negativa y alta (r -.087, p = .001) entre la fase de pensamiento suicida y el promedio de egreso. También se encuentra una relación significativa negativa y buena (r-.079, p = .001)) entre la fase de planeación y promedio de egreso. No así para la última fase de intento suicida, donde existe una baja relación (r-0.28, p = .001)) entre esta fase con el promedio de egreso. Es decir que mientras el promedio baja, es o es menor, las conductas suicidas suelen aumentar, aunque en este estudio se ha reportado que existe una significancia mayor en la fase de ideación y planeación suicida.

# 8. DISCUSIÓN

El ser humano, desde que nace está sujeto a cambios constantes desde lo físico, psicológico, emocional y social. Algunos cambios más visibles que otros, que surgen conforme afrontamos situaciones complicadas y es precisamente cuando se percibe que no se pueden afrontar se es más probable que se recurra al suicidio. Sin embargo, antes de llegar a consumarlo, la ideación está presente, así como intentos previos en la mayoría de los casos.

Este proyecto parte de la importancia de analizar la conducta suicida dentro del ambiente educativo a nivel superior, ya que es una etapa del desarrollo humano con grandes desafíos y que por los datos reportados en la literatura los estudiantes universitarios se encuentran en una edad de alerta roja, como lo indican Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora (2010), pues el suicidio se incrementa muy rápidamente en el grupo de 15 a 29 años, y se constituye ya en una de las primeras causas de muerte en este grupo de edad, en esta investigación las edades oscilan entre los 17 y 25 años.

El objetivo del estudio fue analizar la correlación entre conductas asociadas al suicidio y el rendimiento escolar para los grupos de primer semestre de la FES Iztacala del periodo 2016-1, 2017-1, y 2018-1, además de describir la prevalencia de las fases de la conducta suicida en todas las carreras. Los datos fueron reportados por parte de la estrategia Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio (CREAS) mediante el instrumento IRIS que se aplica a los alumnos de primer ingreso de todas las carreras de la facultad. Se analizaron datos comparados por cada uno de los 3 años en los cuales se ha aplicado, así como datos de forma general.

Durante el periodo 2016-2018, los datos que se encontraron por población fueron 2,540 alumnos participantes en 2016, 2,591 en 2017 y 2,509 para 2018. En este periodo de tres años, las mujeres tienen mayor presencia con el 65.52% y los hombres con 34%; existe un porcentaje de datos perdidos del 0.48%. Cabe mencionar que dentro del instrumento, no se especificó la opción género, por lo que no se obtuvieron datos referentes a la comunidad LGBTTQ+, la cual se ha evidenciado que es un grupo vulnerable con un índice de suicidios

altos en la actualidad, debido a la anterior es importante considerar en próximos estudios la identidad de género.

Por consiguiente, en datos generales por los tres años, la conducta de pensamiento suicida es la que tiene un índice más alto en los estudiantes con un 18.13%, es decir que este grupo de la población, durante este periodo han pensado en suicidarse o tenidos pensamientos recurrentes sobre quitarse la vida, por lo que la primera hipótesis se acepta, ya que hace referencia a que la fase de la conducta suicida con mayor porcentaje para los tres años es de ideación suicida. En segundo lugar, se ubica la fase de planeación con 12.4% y por último el intento con 6.84%.

Comparado por años, el pensamiento suicida fue mayor en 2018 con 20.28% a comparación de las otras 2 fases. La fase de planeación es mayor en 2017 con 14.04% y en 2018 la fase de intento fue mayor con 7.99%. Esto revela que al comparar el periodo de 2016 a 2018, para las tres conductas, se observa un aumento constante conforme pasan los años, en primer lugar, el pensamiento suicida, planteamiento y por último intento suicida.

Lo que concuerda con estudios anteriores sobre que el suicidio es una problemática que sigue en aumento y que, sin importar la fase de la conducta suicida, con el hecho de que existan pensamientos recurrentes ya es un indicador probable para que una persona termine con su vida. Pues, como bien lo plantea la teoría cognitivo-conductual, en el proceso de la conducta suicida, los pensamientos automáticos son constantes para la persona que empieza a idear su muerte, por lo que mientras éstos no sean detectados y tratados, hace más probable que continúe a las siguientes fases de planeación e intento previos hasta quitarse la vida.

La siguiente hipótesis hace referencia a que las mujeres tendrán más porcentaje de pensamiento suicida que en hombres. Los datos muestran que en el año 2016 las mujeres tienen mayor porcentaje que los hombres para la conducta de pensamientos suicida con el 14.20%, aunque en los años posteriores los hombres incrementan este dato a 19.96% y 19.02%. Se nota cada vez más la presencia de este sexo como un grupo vulnerable, por lo que es necesario analizar el significado de ser hombre y sus limitantes como seres humanos, el reprimir emociones por el estigma social que aún se vive en pleno siglo XXI. En general, la

hipótesis sólo se acepta en el año 2016, aunque los datos entre hombres y mujeres no son muy alejados.

Es preciso mencionar que en el caso de los hombres los datos muestran que tienen un mayor índice de casos de planeación para los 3 años con datos que oscilan entre el 12.58% a 15.63% para 2018. Por ejemplo, si se analiza el tipo de método que utilizan, principalmente ahorcamientos o arma de fuego, denominados como métodos letales y violentos, puede hacer más probable que lo planeen con tiempo para que su intento se convierta en el único para consumar el acto. Concordando con Chávez, Pérez, Macías y Páramo (2004): en cuanto a intentos de suicidio se ha registrado que los hombres, a diferencia de las mujeres, utilizaron métodos cuya eficacia para consumar el suicidio es más elevada.

Por consiguiente, en la fase de intento los datos revelan que son menores en comparación con las otras dos fases, sin embargo es relevante su porcentaje ya que se centran entre el 6,92% a 9.02%, específico más en mujeres que en hombres para el periodo de 2016 a 2018, sin embargo se debe prestar la atención debida ya que, por su constante aumento, es más probable que alumnos tanto hombres como mujeres conviertan el intento en acto consumado.

Igualmente, Collazo (2013; citado en González, 2018) encontró que en mujeres estudiantes que intentaron suicidarse sucedía con mayor frecuencia debido a la pérdida de algún ser querido por muerte o suicidio y término de noviazgo. También González (2018) afirma que las mujeres triplican el número de intentos de los que presentan los hombres. Por otro lado, también investigadores como Jalón & Peralta, (2002); Addis (2011) y Millán, et al. (2014), resaltan que las mujeres son quienes lo intentan más, pero ser hombre es un factor de riesgo, pues ellos llegan a consumir el acto en mayor proporción.

En cuanto a las hipótesis que hacen referencia a las carreras de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, que nos muestran que el desgaste emocional en esta área de la salud, está muy presente, son las siguientes:

*La carrera de enfermería y médico cirujano tendrá mayor presencia de conductas suicidas, a comparación de las otras carreras durante el periodo 2016-2018.* Respecto a esta hipótesis,

los datos revelan que de manera general durante el periodo 2016-2018 la carrera que tuvo una mayor prevalencia de conductas asociadas al suicidio es la de cirujano dentista, con la presencia de 628 estudiantes que contestaron que por lo menos alguna vez en su vida han pensado en suicidarse seguido de la carrera de enfermería con 615 y posteriormente la carrera de psicología con 530 alumnos, aunque se resalta que enfermería que la diferencia entre ésta y cirujano dentista es mínima, y sus puntuaciones en el año 2016 y 2017 fueron altas.

Para ser más específicos, en datos por fases, durante el periodo 2016-2018, se resaltan las 3 de las 6 carreras que se mencionaron, que son enfermería, psicología y cirujano dentista. En las tres carreras el índice de pensamientos suicidas es elevado, empezando por cirujano dentista 317 casos, luego enfermería con 297 casos y psicología con 245 casos. En la fase de planeación suicida, las posiciones son similares, cirujano dentista en primer lugar con 195 casos, enfermería con 192 casos y psicología con 190 casos, en cuanto los casos de alumnos que han reportado el intento quitarse la vida, se centra en la carrera de enfermería con 126 casos, luego cirujano dentista con 116 y psicología con 95. Por lo que la hipótesis *que plantea que la carrera de enfermería tendrá más porcentaje de conductas suicidas,* se rechaza ya que la carrera que tiene más datos de la conducta suicida durante el periodo 2016-2018 es cirujano dentista, aunque la diferencia entre ambas carreras es muy poca, coincidiendo con González (2018) que muestra la prevalencia de estos comportamientos de riesgo en carreras como enfermería, así como Montes (2017) quien encontró en los estudiantes de esta carrera tienen mayores índices de la conducta suicida independientemente de donde se curse.

Aunque los porcentajes generales de la conducta de intento suicida son menores, no debe pasarse por desapercibida o poco significativa sobre todo en las tres carreras antes mencionadas y realizar análisis e intervención en la carrera de enfermería que presenta mayor índice de intentos suicidas si observamos los datos generales. Cabe resaltar que la carrera de cirujano dentista va en aumento en comportamientos de riesgo, pues en el año 2017 y 2018 tuvo el primer lugar en la fase pensamiento y planeación. Además la hipótesis sobre que *la carrera de médico cirujano puntuará con altos índices de conductas suicidas* se rechaza, aunque tampoco es una de las carreras con niveles bajo, pues se sitúa en entre tercero y cuarto lugar en cada una de las fases para los tres años, y de porcentajes generales, es decir, de toda

la población ocupa el cuarto lugar de conductas asociadas al suicidio y no el primero como se esperaría, por el desgaste físico, psicológico y académico que su carrera les exige, como lo ha evidenciado la literatura.

*Ahora bien, la siguiente hipótesis sobre que la carrera de médico cirujano tendrá mayores puntuaciones de pensamiento e intento suicida durante el periodo 2016-2018*. Según los datos, de forma general, la carrera que tuvo mayor prevalencia de la fase de ideación suicida fue cirujano dentista, seguido de enfermería y luego psicología. Pero si se analiza por año esta carrera, si ocupa una posición dentro de los primeros tres lugares como se mencionó antes, por ejemplo, en el año 2016, la carrera que tuvo mayores casos de pensamiento suicida fue la carrera de psicología, seguido de biología, y se ubica la carrera de médico cirujano en el tercer lugar. En 2017, la carrera de enfermería, luego cirujano dentista y posteriormente médico cirujano y más bajo biología; para 2018 ocupa el primer lugar cirujano dentista, biología y optometría, siendo el más bajo psicología. Por lo que esta hipótesis se rechaza para la fase de pensamiento suicida, ya que no ocupa el primer lugar en puntuación, pero si se ubica como la tercera carrera con más altos índice en los dos primeros años lo que indica que estudiantes de medicina, han pensado por lo menos una vez en su vida en el suicidio como solución a eventos estresantes. En este punto es vital resaltar que se apoya la premisa de algunos autores sobre que es al ser una carrera muy demandante, los estudiantes están expuestos a niveles de ansiedad y estrés (Slavin, 2016; citado en Rodríguez, Barradas, Delgadillo-Castillo y Denis-Rodríguez y Melo-Santiesteban, 2017), lo que incrementa la probabilidad de tener episodios de ideación suicida y se convierte en un factor para que la deserción escolar (López, 2009).

También se encontró mediante el análisis general que para la fase de planeación con el reactivo “he planeado mi propia muerte” las carreras con más casos de presencia son cirujano dentista, enfermería, y psicología nuevamente. Aunque por año en 2016, las posiciones en las carreras con altos índices son psicología, luego biología y médico cirujano y más bajo optometría. Para 2017 enfermería ocupa el primer lugar, seguido de cirujano dentista, y médico cirujano. Por último, en 2018 la carrera que presenta un índice alto en la fase de

planeación de suicidio es cirujano dentista, luego biología y enfermería, al igual que optometría.

En la fase de intento suicida de forma general, ocupa el primer lugar enfermería, seguido de cirujano dentista y psicología, Es así que en las carreras de enfermería al igual que cirujano dentista aumentaron los casos transcurridos los 3 años, lo cual apoya lo encontrado en otras investigaciones como Patiño y Martínez (2019) quienes mencionan que la carrera de enfermería tiene altos índices de riesgo suicida, premisa que también apoyan González en (2019), sin embargo aquí la carrera con más riesgo suicida es cirujano dentista; es preciso aclarar que los datos comparados con las investigaciones mencionadas varían de acuerdo a el tipo de análisis, ya que este estudio se realizado con la población total y por el periodo de los 3 años, además de los reactivos específicos para medir las fases del comportamiento suicida. Es de señalar que la carrera de psicología muestra un decremento significativo de 2016 a 2018, por lo que se apoya el argumento de Ospino y Colorado (2012) quienes resaltan que aunque los estudiantes tienen altos niveles de rasgos de conducta suicida, los intentos son bajos en comparación con otras carreras.

Sin duda, como muestran los datos, el porcentaje más alto se centra en la primera fase de la conducta suicida que es el pensamiento y va disminuyendo al llegar la última fase de intento, sin embargo, para cada una de las carreras se nota un aumento constante y marcado al llegar al año 2018.

Por otra parte, al analizar las tres fases de la conducta suicida, es decir ideación, planeación e intento, y su relación con el promedio de egreso, los resultados muestran que existe una correlación, significativa y negativa para cada una de las tres fases en el periodo 2016- 2018. En específico, en el año 2016, se observa una fuerte significancia, para la correlación de ideación y el promedio, aunque es interesante observar que es un poco más fuerte en el año 2017 y se mantiene esta relación en 2018, es así que esta relación tiene más alta a comparación de las otras dos fases. en otras palabras se deja claro que mientras existan más conductas asociadas al suicidio, como la ideación suicida, será un factor que influye de forma importante en el rendimiento académico, ya que este tiende a disminuir cuando el

estudiante piensa constantemente en quitarse la vida, lo que le impedirá centrar su motivación en el aspecto académico.

En cuanto a la a fase de planeación suicida y promedio de egreso ocurre algo similar, ya que su significancia es mayor en el año 2017, pero en los otro dos años, la relación es fuerte, es así que entre más conductas de planeación por todo el proceso que implica desde el cómo, con qué, cuándo y dónde, está influyendo de forma negativa en el aspecto académico del estudiante por lo que se consideraría un factor de riesgo de especial atención porque él o la joven está en una fases cada vez más cerca del intento.

Es así que en la fase de intento suicida_ la correlación también es negativa y alta, lo que evidencia que mientras las conductas suicidas suelen aumentan, el promedio es bajo. Situación que es totalmente alarmante ya que como el presente estudio ha evidenciado, el porcentaje de intentos aunque son pocos en comparación con las dos fases anteriores, está en constante aumento, sobretodo en carreras como enfermería y cirujano dentista, es así que el rendimiento académico también nos puede dar cuenta de que los estudiantes están pasando por situaciones complicadas de afrontar y sobretodo de estrés por lo que ser universitario y su carrera implica. Por lo que la hipótesis *"los alumnos con mayores conductas asociadas al suicidio tendrán un rendimiento académico muy bajo"* se acepta, ya que para los tres años, la correlación negativa indica la presencia del comportamiento suicida en este grupo, e implica repensar sobre el estado de salud mental y emocional de los estudiantes que están iniciando su carrera profesional para no desistir y convertiste en parte de la alta tasa de estudiantes que no logran concluir sus estudios, lo que muestra como la salud mental se relaciona con el rendimiento académico (Valdez y Arenas, 2019).

Para la hipótesis *"los alumnos con mayor promedios bajos tendrán una correlación significativa con la fase de ideación suicida"* también se puede destacar, ya que esta fase a comparación de las otras, es la más significativa y se presenta con más fuerza cuando el promedio es cada vez más bajo, aunado a que gran parte de la población de este estudio se centra en esta fase, es un indicio que constantemente las cogniciones sobre desaparecer de este mundo están presentes en el estudiante lo que no lo motivaría a concentrarse y realizar sus tareas o proyectos escolares.

Por consiguiente se encontró que en las correlaciones negativas con mayor significancia fue para la fase de pensamiento y planeación suicida con el promedio, siendo el año 2017 con datos más altos en comparación con los otros dos años. Lo dicho hasta aquí concuerda con (Schaufeli et al., 2002; citado en Alberto y González (2015) quienes afirman que los estudiantes debido a estar expuesto a cansancio y desgaste de situación estresantes que los orillan a comenzar con ideas suicidas, tienen menos autoeficacia y por tanto la probabilidad de no tener un buen rendimiento escolar.

Es necesario evidenciar que varios autores resaltan cuatro principales distorsiones cognitivas relacionadas a este fenómeno: filtraje, interpretación del pensamiento, pensamiento polarizado y sobregeneralización (Victoria, Ayala y Bascuñán, 2019) que podrían estar permeando sus cogniciones e influyen de manera significativa en idear atentar contra sí mismo. Lo que implica que esta fase puede hacer mucho eco para continuar a las siguientes (planeación e intento), donde no sólo estaría en riesgo el rendimiento académico del alumno, sino su propia existencia, siendo este un tema de análisis de intervención posterior sobre la conducta suicida.

Cabe mencionar que los datos reportados por parte de la Estrategia de Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio de la FES-Iztacala muestran que, desde 2015, se han atendido a 340 usuarios, aproximadamente 251 mujeres y 84 hombres, de 22 años de edad en promedio, principalmente de la carrera de medicina y psicología que solicitan el servicio (Valdez y Arenas, 2019), revelando que la actitud para pedir ayuda es un tema de investigación para estudios posteriores y saber cómo prevenir el riesgo suicida en los universitarios, ya que este estudio mostró que los grupos de riesgo son enfermería, cirujano dentista, psicología.

En definitiva, esta etapa del desarrollo humano enfrenta serios retos y factores que vulneran la estabilidad emocional del estudiante, uno de los principales en este ámbito es el estrés académico pues se convierte en un factor de riesgo para el desarrollo del suicidio en universitarios (Sánchez-Villena, 2018) por lo que es menester trabajar en pro de la salud mental donde ellos perciban redes de apoyo a donde puedan acudir, ya que autores como (Goncalvesa, A., Sequeirab, C., Duartea, J., y Freitas, P., 2014) encontraron que el riesgo de ideación suicida fue alto en estudiantes con menos participación en actividades sociales y

relaciones interpersonales, y es aquí donde como institución educativa se necesita una implicación directa y humana para detectar grupos de riesgo con evaluaciones periódicas para intervenir y atender a todos los estudiantes por lo menos una vez en su vida ha pensado en el suicidio como una opción para aminorar su malestar emocional.

# 9. CONCLUSIONES

De acuerdo con las investigaciones analizadas, tanto cualitativas como cuantitativas, los datos muestran que el fenómeno del suicidio, no es un tema individualizado, sino de salud pública, con repercusiones en la familia y sociedad. Sociedad que aún sigue regida por el tabú lo que impide que la prevención sea primordial en nuestro país.

Respecto al ámbito educativo el estudiante, sigue construyéndose como ser humano y a la vez como profesional, las demandas, así como presiones de situaciones que vive suelen sobrepasar su control, pone al límite sus habilidades y, si carece de estrategias de afrontamiento funcionales, terminar con su vida suele convertirse en una opción "viable" dentro de sus cogniciones, por lo que es fundamental su prevención y detección temprana.

En esta investigación se encontró que de la población universitaria del área de la salud de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala que participó y fue evaluada por medio del CREAS, Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio, hubo una mayor presencia de mujeres con un 65.52% y hombres con un 34%, en este periodo de 2016-2018.

Es relevante mencionar que el cuestionario no incluía la opción género o identidad de género en específico, y dado a que la literatura ha evidenciado que éste es un sector de mayor riesgo por los conflictos que enfrentan referente a su sexualidad, aceptación familiar y discriminación social. Para las siguientes investigaciones sería un eje primordial e inclusivo con el alumnado de esta institución.

En cuanto al comportamiento suicida, es notable un aumento en cada una de las tres fases, tanto por año como por sexo y carrera. El intento suicida en particular, mostró un menor porcentaje a comparación de las otras fases, sin embargo, el hecho de que incremente el número de casos conforme pasan los años, pone en alerta roja por las posibles consecuencias determinantes que pueda tener los estudiantes que se centran en este sector, ya que con el simple hecho de que exista este tipo de comportamiento destructivo, se convierte en una razón primordial para intervenir y brindar un apoyo integral de acuerdo a sus necesidades, no solo a nivel licenciatura, sino también a nivel básico.

En cuanto a la fase de pensamiento suicida tuvo mayor presencia en mujeres en el año 2016, aunque los hombres puntúan en mayor proporción en los siguientes años, por lo que es importante analizar el significado de ser hombre en la conducta suicida, pues tanto las creencias y los roles de género estipulados por la sociedad influyen de manera relevante en el cómo ser hombre o mujer así como vivir y expresar sus emociones.

Es importante hacer hincapié que, en la fase de planeación, también los hombres tienen altos porcentajes para los tres años, lo que nos podría indicar que alguna relación con el método que utilizan, debido a que investigaciones las han reportado como más eficaces y letales, a su vez este elemento sería importante en la evaluación de quiénes ya lo han intentado.

Aunque en esta investigación los datos para la fase de intento son bajos como se mencionó y en mayor proporción en mujeres, no sabemos si lo consumaron más hombres o mujeres posterior a esta evaluación, lo que pone a pensar que no se sabe con exactitud que pasa o pasó con la población que presentó conductas asociadas al suicidio, sobre todo con los intentos previos y que no acudieron a buscar ayuda profesional, abriendo una línea de investigación para realizar de manera longitudinal en los semestres posteriores, y saber el movimiento de este fenómeno en los semestres posteriores.

En cuanto a las carreras del área de la salud, en investigaciones previas se encuentran mucha literatura respecto a la carrera de medicina como una carrera de alto índice de comportamiento suicida, sin embargo, este estudio evidenció que, aunque no se sitúa en el primer lugar, si tiene una posición alta. Además, se ha convertido en una de las carreras no solo del área de la salud a las cuales se le ha estudiado más en comparación con otras, por su trayectoria escolar y profesional, inmersa en estrés, presiones, y desgaste emocional, pero el presente estudio también evidencia que existen otras carreras que son muy vulnerables a este fenómeno.

Por ejemplo, en este estudio, cirujano dentista y enfermería son unas de las carreras de esta Facultad que presenta un alto índice de conductas suicidas, ya que de 2016 a 2017 puntuó con mayor porcentaje en la fase de pensamiento suicida en comparación con todas las carreras. En particular algo similar se encontró para las carreras que tienen un mayor índice de

comportamientos suicida que responden con las opciones “casi siempre” y “todo el tiempo” que son de gran alarma, es decir, la carrera de cirujano dentista, enfermería y biología aparece notablemente en este análisis lo que es necesario estudios, así como intervención en este grupo de riesgo.

En específico la carrera de cirujano dentista nos muestra un panorama de alarma en nuestros próximos profesionales de la salud ya que ser una carrera con altos porcentajes de comportamiento suicida es necesario pensar desde una visión integral y empática, cómo motivar e intervenir en sectores de riesgo sobre esta problemática, cabe mencionar que algunos de los estudiantes podrían estar inconformes con la carrera que les fue asignada, pues como la literatura lo muestra, quedarse en su segunda opción, principalmente por haber elegido medicina, puede ser un factor de riesgo.

Otra carrera es psicología, aunque se posiciona con alto porcentaje en pensamiento suicida en los primeros años, en el intento suicida disminuye significativamente a un porcentaje casi nulo. Pero no por ello deja de ser menos importante, ya que es una de las carreras que sufre de desgaste emocional pocas veces tomado en cuenta, aunque su objeto de estudio es el mismo, es decir, se ve inmerso en el mundo del otro, aunque desde una forma objetiva. El psicólogo no deja de ser, hijo, hija, padre o madre, hermano, hermana, etc. En palabras sencillas es también un ser humano.

En cuanto a la correlación entre las variables analizadas, rendimiento académico medido con el promedio de egreso y las conductas asociadas al suicidio, se mostró una relación muy significativa y negativa, lo que indica que a medida que una variable aumenta la otra disminuye, es decir, a menor promedio, existe una presencia alta de riesgo suicida y viceversa, mientras existan más conductas asociadas al suicidio, el promedio es bajo. No podríamos inferir que el promedio bajo este influyendo directamente para que existan más comportamientos suicidas, pues como se mencionó no se indaga en un relación de causa y efecto por las diversas variables que pueden estar presentes, en todo caso podría ser una relación bidireccional, pero sin duda, el estado de ánimo es un factor de riesgo que hace probable un rendimiento bajo.

Lo cual nos lleva a plantear que esta relación de variables queda por analizarse de forma específica y longitudinal ya transcurrido su formación como universitarios en semestres posteriores pues cabe mencionar que el promedio que se analizó fue el de egreso de bachillerato y no el del primer semestre de la licenciatura, siendo otro punto de partida y de análisis ya dentro de la carrera universitaria.

Es así que el fenómeno del suicidio tiene implicados distintos factores, y el rendimiento académico podría ser un factor de riesgo al ser bajo, aunque no podemos generalizar debido a limitaciones de la presente investigación, lo que si sería posible mencionar es que el estado psicológico del alumno es vulnerable, sobre todo en lo que interpreta de su contexto y sus habilidades para afrontar situaciones complicadas.

Lo anterior nos muestra parte del panorama que viven las y los jóvenes universitarios que inician una carrera profesional y que traen consigo desde bachillerato situaciones de malestar emocional que están repercutiendo en su rendimiento académico, pero es necesario resaltar que como los resultados de correlación evidencian, es esencial tratar la parte emocional, para que influya de manera positiva en el estudiante, pues se observó una relación fuerte en esta correlación e intervenir para que estas conductas de riesgo disminuyan para que el rendimiento académico aumenta y motive a los futuros profesionales de la salud a no desistir de su meta así como impulsarlos a tener una actitud de pedir ayuda cuando se sienten rebasados de demandas escolares o en el ámbito personal, y así formar a futuras generaciones con mejores métodos de afrontamiento.

Es claro que aun en las instituciones educativas desde nivel preescolar, la educación socioemocional, aún es deficiente, pues no existe un espacio de expresión desde el respeto y empatía, así como un profesional de la salud que funja como catalizador del desarrollo personal en los estudiantes para brindar estrategias, estilos de afrontamiento saludables, en resumidas cuentas, para atender las necesidades a nivel de salud mental.

Por consiguiente, el presentar conductas suicidas es una realidad latente en cualquier persona, y aún más en jóvenes, incluso menores de 15 a 29 años, y en la escuela es donde los universitarios suelen pasar su tiempo en mayor medida incluso que en casa, lo que convierte

a la institución en el factor primordial para la detección y prevención. Lo que implicaría también un mayor trabajo e involucramiento del gobierno ante este fenómeno, cambio de leyes o estipulados, para lograr con base en evidencia científica, la importancia del personal de salud mental en cada institución educativa del país no como una elección sino como un derecho para la educación integral de nuestros estudiantes sin importar nivel educativo.

Para finalizar, esta investigación también pretende dar cuenta que la salud mental, es tan valiosa e importante como la física, ambas son vitales para el ser humano, y prioritariamente en los estudiantes para promover su desarrollo humano, facilitar un aprendizaje significativo que repercutirá de manera positiva en el rendimiento académico. Para las carreras del área de la salud es clave puesto que es un área que trabaja con seres humanos y el desgaste e impacto a nivel emocional influirá en no concluir satisfactoriamente sus estudios.

# REFERENCIAS

Alberto, A., y González, J. (2015). Rendimiento académico y correspondencias con indicadores de salud física y psicológica. *Revista Técnico-científica del deporte escolar, y psicomotricidad*, (I), 164-181.

Amador, J., González, V., Galicia, C., Galindo, P., Domínguez, O., Reyes, A. y Gutiérrez. A. (2017). Resultados de un programa de intervención Cognitivo-Conductual para tratar la conducta suicida en pacientes del Hospital Psiquiátrico Morelos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, (3), 905-923.

Balbín, S., Henao, L., Lopera, S., y Sierra, D. (2016) El Suicidio desde la Psicología Humanista. *Revista Electrónica Psyconex, Psicología, Psicoanálisis y conexiones*, (13), 1-11.

Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., Medina, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, (52), 292-304.

Cabrera, M. y Flores, A. (2013). Análisis Crítico de las tesis realizadas en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala relacionadas con el tema del suicidio. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/E7F9VKXX2T52DNRKBCBVEYUK9TUK7DUQP3X6C9GPF3MRPF117B-56280?func=file&file_name=find-b.

Carmona Parra, J. A., Gaviria Hincapié, J.M., Layne Bernal, B. (2014). Suicidio, vínculos en estudiantes universitarias colombianas. *Tesis Psicológica*, (9), 102-111.

Corchado, A. (2016) La Psicología Humanista, *Una aproximación teórica y experiencial.* México. Caballero Borja Ediciones.

Chávez, A., Pérez, R., Macías, L., y Páramo, D. (2004). Ideación e Intento Suicida en Estudiantes de Nivel Medio Superior de la Universidad de Guanajuato. *Acta Universitaria*, (14), 12-20.

Chávez, A., Macías, L., Luna, M. (2011). Notas suicidas mexicanas. Un análisis cualitativo. Pensamiento Psicológico, (9). Universidad de Guanajuato, 33-42.

Córdova Osnaya, M., Rosales Murillo, M., Caballero Avila, R., Rosales Pérez, J. (2007). Ideación Suicida en Jóvenes Universitarios: su Asociación con Diversos Aspectos Psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15, (2), 17-21.

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

Denis-Rodríguez, E., Barradas, M., Delgadillo-Castillo, R., Denis-Rodríguez, P. y Melo-Santiesteban, 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, 1-33.

Durkheim, E. (1987). *El suicidio*. México: Editorial Colofón.

Espinoza, V., Santillán, C., y Salinas (2017). Incidencia del duelo en la ruptura amorosa en estudiantes universitarios en un Centro de Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio (CREAS). *Journal of Behavior, Health, Social Issues, (*2). 27-35

Estrada, J., Mendieta, A., González, B. (2016). Perspectiva de género en México: Análisis de los obstáculos y limitaciones, *Opción*. (32), 12-36.

Gaeta González, M., & López García, C. (2013). Competencias emocionales y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado. (*16), 13-25.

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de Pediatría*, 86 (6), 436–44. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v86n6/art10.pdf

García, Pohlenz, J. C. (2008). El suicidio en México. 25 años de estudio. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Recuperado dehttp://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/E7F9VKXX2T52DNRKBCBVEYUK9TUK7DUQP3X6C9GPF3MRPF117B-56280?func=file&file_name=find-b

García, N. (2006). Ideación e Intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_nayeli.pdf

González, A. (2019). El suicidio en jóvenes de primer semestre de la FES Iztacala. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

González-Forteza, C., Juárez López, C., Montejo León, L., Oseguera Díaz, G., Wagner Echeagaray, F., Jiménez Tapia, A. (2015). Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. *Acta Universitaria*. (25), 29-34.

González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M., y Sánchez, M. (1998). Indicadores psicosociales predictorios de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*. (21), 1-9.

Gómez, A., Opazo, R., Levi, R., Gómez, M., Ibáñez, C., y Núñez, C. (2014). Autopsias psicológicas de treinta suicidios en la IV Región de Chile. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 52 (1), 9-19.

Hawton, K., y James, A. (2005). ABC of Adolescence: Suicide and deliberate self harm in young people. British Medical Journal (4), 891-894.

Hernández Sampieri, R. Collazo y Lucio (2014) Metodología de la Investigación. 6ª. McGraw-Hill. México, D.F. 52 - 134.

Herrera, M. (2012). Consideraciones sobre la tendencia suicida desde el enfoque humanista. Tesis de Grado. Universidad de San Buenaventura Seccional Cali.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2018). Estadística a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (datos nacionales). Comunicado de Prensa Número 410/18. Recuperado de http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf

Jiménez, R. y Cardiel, L. (2013). El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. *Papeles de Población*. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). 205-229

Jalón, E. G., & Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales Sis San Navarra,* (25), 87-96.

Jiménez Franco, V., Valle Gómez, R. (S/A) Factores asociados al desempeño escolar: seguimiento de una generación del bachillerato UNAM. *Gestión Universitaria Integral del Abandono*. México. 1-12.

Jiménez, M. (2000). "Competencia Social: Intervención Preventiva en la Escuela". *Infancia y Sociedad. (*24), 21-48.

Kendall, P. Norton-Ford, J. (1988) Intervenciones con individuos: Terapias conductual, cognositiva y congnositivo-conductual. Psicología Clínica. Perspectivas científicas y Profesionales. México: Limusa.

Meinchenbaum (1998). Terapia Cognitivo Conductuales. Linn, S.J. Garske. *Psicoterapeutas Contemporáneas. Modelos y Métodos*. Bilbao: Descleè de Brouwer. Capítulo 8.

Medina-Mora, M., Borges-Guimaraes, G., Lara, C., Ramos-Lira, L., Zambrano, J. y Fleiz-Bautista, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*, 47, 8–21.

Monge, J., Cubillas, M., Román, R., Abril, E. (2007). Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y Salud*, 17, 45-51.

Montes, F. (2017). Factores emocionales relacionados con el riesgo suicida en estudiantes y profesionales de enfermería. Tesis Doctoral. Universitat Rovira I Virgili.

Muñoz, Rosales, V. (2002) Técnicas de investigación de campo I: Guía de autoaprendizaje. Modalidad de Educación Abierta y a Distancia. Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archivonomía. México. 1-174. Recuperado de http://brd.unid.edu.mx/recursos/Metodologia_de_la_Investigacion/MI08/Investigacion_de_campo.pdf?603f00.

Lamas, M. (1996). La perspectiva de género. Revista de Educación y Cultura de la Sección 47 del SNTE. Recuperado de: https://www.ses.unam.mx/curso2007/pdf/genero_perspectiva.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (OMS) (2018). Recuperado de: http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019). Desarrollo del adolescente. Recuperado de: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.

Ospino, G. A. y Colorado, Y. S. (2012). Característica de la inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida en una muestra de estudiantes de psicología. *CES Psicología. (*5), 88-100.

Patiño, L. (2008). “Factores asociados a la aparición de conductas suicidas en una población de estudiantes de educación media superior y superior en la Ciudad de

México". Tesis de Especialidad en Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México UNAM. Recuperado de: http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/E7F9VKXX2T52DNRKBCBVEYUK9TUK7DUQP3X6C9GPF3MRPF117B-56280?func=file&file_name=find-b

Ríos Bustos, M.E., Torres Vaca, M., De la Torre, C**.** (2016). Actividad física y adaptación escolar en estudiantes de medicina en un campus de la Universidad Nacional Autónoma de México. *Investigación en Educación Médica.* México, 6, 16-24.

Riveros, E. (2014) La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. Universidad Adolfo Ibáñez. *Ajayu*, 12, 135-186.

Rodríguez R., Santander T., Aedo S., B., Sebastián R. (2014). Suicidio en el mundo: ¿puede un enfoque evolutivo explicar la relación entre tasas de suicidio y variables asociadas a calidad de vida? *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 52, 243-249.

Rosado Millán, M. J., García García, F., Alfeo Álvarez, J.C., Rodríguez Rosado, J. (2014). El suicidio masculino, una cuestión de género. *Prisma Social*, 13, 433-49.

Rosselló, J., Duarté-Vélez, Y., Bernal, G. y Zuluaga, M. (2011) Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor Revista Interamericana de Psicología/InteramericanJournal of Psychology, 45, 321-330.

Sarabia, S. (2014) Suicidio: un problema de salud pública. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77, 199-200.

Sánchez Teruel, D., y Robles Bello, M. A. (2014) Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del Psicólogo*, 35, (3), 181-192.

Santillán, C., Espinoza Sierra V., Sandoval Olivo, A., y Eguiluz Romo, L. (2017) Bienestar Psicológico conductas asociadas al suicidio y el desempeño académico en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20, (3), 1124-1149.

Serrano Barquín, C., Rojas García, A., Ruggero, C. (2013) Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15, (1) 47-60.

Suárez Flores, M., Bogarin Correa M. R., Díaz Ponce, A.M., Castañeda Ibarra, R. (2017) Problemas emocionales en el estudiante de la UAC y A que inciden en su rendimiento escolar. *Revista Edúcate con ciencia*, 16, 134-138.

Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia: avances de la disciplina.* Bogotá, Colombia, 7, 93-102.

Valencia-Molina, A. Pareja-Galvis, A. & Montoya Arenas, D., (2014). Trastornos neuropsiquiátricos en estudiantes universitarios con bajo rendimiento académico de una universidad privada de Medellín. *CES Psicología*, 7, (1), 69-78.

Vázquez-Vega, D., & Piña-Pozas, M., & González-Forteza, C., & Jiménez-Tapia, A., & Mondragón-Barrios, L. (2015). La investigación sobre suicidio en México en el periodo 1980-2014: análisis y perspectivas. *Acta Universitaria*, 25 (2), 62-69.

Vélez-Pérez, D., Maldonado-Santiago, N., Rivera-Lugo C.I. 2. (2016) Espectro del Suicidio en jóvenes universitarios en Puerto Rico. *Revista Puertoriqueña de Psicología*, 28, (1), 34-44.

Velázquez y González (2017) Factores asociados a la permanencia de estudiantes universitarios: caso UAMM-UAT. *Revista de la Educación Superior*, 46, (184), 117-138.

Zorreguieta, I. (2010). Las diferencias de género y su relación con el suicidio y las conductas vinculadas. Tesis de Grado. Universidad de Belgrano.