



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**IDEACIÓN SUICIDA Y RENDIMIENTO ACADÉMICO
EN ESTUDIANTES DE MEDICINA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

VICTORIA MARIEL RESÉNDIZ MORALES

Directora: Dra. Leticia Osornio Castillo

Dictaminadores: Dra. Laura Palomino Garibay

Mtra. Norma Rodríguez Cortés



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

*Dedicada a Y, quién se fue sin
poderlo prever, pero que nos dejó
alertas, esperando no vuelva a
suceder.*

Agradecimientos

Soy afortunada por estar rodeada de personas que me apoyan, inspiran y motivan, por eso, este apartado es para ustedes; como una pequeña manera de agradecerles el apoyo que de uno u otro modo me dieron durante este proceso.

Quiero abrir este espacio para dedicarle este logro a la persona más importante de mi vida: mi mamá. **Mamá**, la mayor parte de lo que soy y he logrado es gracias a ti. Gracias por apoyarme de mil formas, gracias por siempre creer en mí, incluso cuando ni yo misma lo hago. Gracias por absolutamente todo, esto es por y para ti.

Sé que esta meta es sólo una de muchas más, pero haber llegado hasta aquí es en gran parte a mi abuelito Venancio. **Abuelito**, te estoy eternamente agradecida por todo el apoyo que me has brindado. Este logro también te lo dedico a ti.

Quisiera continuar agradeciendo a mi familia, a mi papá, a mi hermana, a mis abuelitos, aquellos tíos y primos que, sin importar de qué manera, me han apoyado a seguir saliendo adelante. Gracias infinitas.

Dra. Leticia Osornio, siempre le estaré agradecida por haber confiado en mí, así como por todo el apoyo que me ha brindado durante este tiempo. Fue un placer para mí el coincidir con usted.

Dra. Laura Palomino, no sé a quién tengo que agradecer por haberla elegido como tutora del grupo 10, pero tuve mucha suerte por eso. Soy muy feliz de que haya formado parte de esta etapa en mi vida. Sabe que la aprecio y siempre le agradeceré lo mucho que me ha ayudado, escuchado y motivado.

Mtra. Norma Rodríguez, le agradezco haber formado parte de este trabajo y espero volver a coincidir con usted en el futuro.

Dra. Andrea Witt, no tengo más que agradecerle enormemente el apoyo y la confianza para permitirme trabajar con sus pacientes. Gracias.

Es inevitable no dedicar unas líneas para agradecer a cada uno de los participantes de esta investigación. Gracias por su tiempo y por darme acceso a una

parte de sus vidas, valoro mucho el que me compartieran sus experiencias, sentimientos y pensamientos para hacer posible el presente trabajo.

Finalmente, agradezco también a todas aquellas amistades que me acompañaron a lo largo de esta etapa, por sus opiniones ideas, y formas de motivarme. Gracias a cada uno/a de ustedes.

¡Muchas gracias por todo!

Índice

	Pág.
Resumen	7
Introducción	8
Marco Teórico	11
Capítulo I. Conducta suicida	11
1.1. Definición	11
1.2. Estadísticas	14
1.2.1. Nivel mundial	14
1.2.2. Nivel nacional	15
1.3. El suicidio en estudiantes universitarios	18
1.4. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida	23
1.4.1. Factores individuales	24
1.4.2. Factores familiares	29
1.4.3. Factores sociales	31
1.5. Factores de protección asociados a la conducta suicida	33
Capítulo II. Depresión	36
2.1. Definición	36
2.1.1. Sintomatología depresiva	38
2.2. La depresión en universitarios	42
2.3. Factores asociados a la depresión	45
2.3.1. Factores de riesgo en el ambiente universitario	49
2.4. Depresión y conducta suicida	51
Capítulo III. Bienestar psicológico	54
3.1. Bienestar psicológico y bienestar subjetivo	54
3.2. Modelo de Ryff sobre bienestar psicológico	56
3.3. Evaluación del bienestar psicológico en jóvenes	59
3.4. El bienestar psicológico como factor protector de la conducta suicida	63
Justificación	68
Método	72

Análisis de datos	80
Investigación I. Estudio cualitativo	80
Investigación II. Estudio cuantitativo	91
Discusión y conclusiones	102
Referencias bibliográficas	111
Anexos	124

Resumen

Los estudiantes de medicina son un grupo de alta vulnerabilidad ante el suicidio, quienes no sólo se enfrentan a los estresores cotidianos sino a las exigencias propias de la carrera. El objetivo fue identificar los aspectos asociados a la ideación suicida y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Médico cirujano. Participaron 20 alumnos de la FESI-UNAM que habían presentado ideación y/o intento de suicidio y que se encontraban en atención psicológica y/o psiquiátrica. Se les aplicó un cuestionario de preguntas abiertas y una serie de instrumentos. Se realizó un análisis cuantitativo y otro cualitativo; los resultados arrojaron presencia de ideación suicida en todos los participantes y se observó una correlación significativa con depresión y bienestar psicológico. No se encontró una correlación con rendimiento académico y desesperanza, sin embargo, se mostró que la mayoría de los estudiantes eran irregulares y presentaban desesperanza moderada o grave. Asimismo, sobresalió que en más de la mitad de la población la ideación suicida está directamente relacionada con los problemas familiares. Los datos obtenidos nos dieron acceso a pequeños fragmentos de la historia de cada participante, lo que nos permitió identificar factores asociados, características de los intentos y vivencias que encaminaron a los estudiantes a intentar acabar con su vida. Por tanto, se concluye la importancia de emplear estrategias de prevención e intervención tanto a nivel individual como familiar, y promover el uso de los espacios educativos para el desarrollo no sólo de habilidades académicas sino también de habilidades socioemocionales.

Introducción

El suicidio es un fenómeno tan antiguo como la humanidad misma, y así de antiguos son también los intentos por explicarlo, comprenderlo, prevenirlo e intervenirlo (Jaramillo, Carmona, Narváez y Carmona, 2017). Pese a su antigüedad y a la variedad de literatura al respecto, sigue siendo un tema tabú, del que poco se habla en público; lo cual va limitando el poder enfrentarlo, tal es así que, sin importar su existencia a lo largo de la historia, en el 2018 la Organización Mundial de la Salud calculó que cerca de un millón de personas se suicidan cada año, lo que lo convierte en la segunda causa principal de defunción en la población de 15 a 29 años. Por tanto, la conducta suicida y el suicidio consumado, desde una perspectiva epidemiológica, conforman un creciente problema de salud pública por su impacto en la morbi-mortalidad de la población joven y económicamente activa, a nivel mundial y nacional (Vázquez, Piña, González, Jiménez y Mondragón, 2015).

Hablar sobre suicidio resulta difícil por varias razones; porque se considera un tema trágico, un tabú que preferimos no mencionar, por temor a que se incremente el riesgo en adolescentes que intenten quitarse la vida, por considerar que el suicidio no es tan frecuente en estas edades (Garduño, Gómez y Peña, 2011). Hemos optado por hablar de él a escondidas y parece ser que no está funcionando, quizás sea el momento de comenzar a cambiar la estrategia y empezar a hablar más del tema sin miedo ni tabúes. Reconocer que la población joven se encuentra expuesta a múltiples situaciones que sobrepasan sus capacidades para afrontarlas o, bien, que no cuentan con las herramientas para hacerlo.

Se habla de manera positiva de lo que significa estudiar una carrera universitaria y más si se trata de profesiones altamente valoradas socialmente como lo es medicina, pero se niega o se ignora lo que implica llevar a cabo estudios profesionales pues no sólo es enfrentarse a demandas académicas propias de cada carrera sino añadir las situaciones personales que todo estudiante enfrenta en los diferentes ámbitos de su vida; e, incluso, a los riesgos a los que se encuentran inmersos. Específicamente en la carrera de medicina que es nuestra población de interés debido a que por un lado representan un grupo que tiene el fácil acceso a los conocimientos e instrumentos que

posibiliten el atentar contra su propia vida y, por otro lado, nos referimos a los futuros profesionales sobre los que estará en sus manos la salud del resto de la población. Sin duda ello implica una gran responsabilidad aunado a estar inmersos en un ambiente donde prevalecen las malas noticias y escenarios poco alentadores, y donde el profesional tiene que tener los elementos para sobrellevarlo, no sólo a nivel laboral sino también emocional. Y aquí es donde nos encontramos con que muchas veces en las escuelas el enfoque es hacia lo académico y hacemos a un lado la parte personal y emocional propias del ser humano, que al final, puede también tener un impacto en lo primero y viceversa. Se están forjando médicos capacitados para cuidar la salud de otros, pero por encima de la propia.

Por otro lado, suena fácil decir que los jóvenes se suicidan por llamar la atención o encontrar la salida más fácil a sus problemas, pero en esta postura sólo nos quitamos la responsabilidad que también tenemos como sociedad. Si bien se trata de un acto individual en el sentido de que en él se entrelazan múltiples factores que se sitúan en el tiempo y espacio de cada persona, cargado además de vivencias y significados personales; no se debe ignorar que todo acto individual es simultáneamente un acto social, dado que vivimos en sociedades conformadas por personas que van construyendo creencias, ideas, costumbres y significados que forman parte de nuestra cultura, cultura que recibimos a través del contacto con los otros y que sin duda influyen en la construcción de nuestra propia identidad.

Por tanto, es necesario ver dicho fenómeno de esta manera, desde una perspectiva social e individual. Hay múltiple literatura que nos da un panorama de la conducta suicida en determinadas poblaciones, los datos estadísticos ayudan mucho para entender la inmensidad y preocupación del problema; sin embargo, esto nos lleva a crear estrategias de manera general sin escuchar cuáles son las características inmersas en determinadas poblaciones, y la necesidad de hacer ajustes acordes no sólo a las particularidades de ciertos grupos sino a las de los propios autores. Es importante seguir aplicando instrumentos que nos permitan continuar identificando prevalencias y riesgos asociados; no obstante, también es necesario dar voz a aquellos que tienen un número en las estadísticas, pues nos estarán brindando

información más concreta y de gran relevancia para la elaboración e implementación de estrategias preventivas y de intervenciones oportunas.

De ahí que la presente investigación no sólo dé cuenta de datos estadísticos sino también del discurso de los participantes. Para ello se generaron las hipótesis de que la ideación suicida se correlaciona positivamente con factores como el rendimiento académico, la depresión y la desesperanza; y de manera negativa con el bienestar psicológico. Con el fin de dar cuenta de aquellos aspectos que tienen vinculación con la conducta suicida e identificar el riesgo actual en el que se encuentran los universitarios. Por otro lado, se estableció la hipótesis de que la relación familiar tiene una influencia importante, por lo que una dinámica familiar disfuncional se relaciona positivamente con la ideación suicida. La información de este aspecto se recaba con preguntas abiertas que puedan ser analizadas de manera cualitativa y ahonden más sobre la relación familiar y las circunstancias personales que caracterizaron a los intentos de suicidio en los participantes. Todo con el propósito de obtener más datos que permitan la elaboración de estrategias preventivas y de intervención acordes a las características de esta población.

Marco Teórico

Capítulo I. Conducta suicida

1.1 Definición.

A lo largo de la historia, el suicidio ha sido un fenómeno que ha estado presente en todas las culturas y sociedades, sin importar religión, clase social, raza, etc. (Medina, Herazo, Barrios, Rodelo y Salinas, 2017); sin embargo, desde hace tiempo se le ha tachado, estigmatizado y despreciado en casi todas las sociedades, pero también, y por increíble que parezca, se ha justificado en favor del suicidio por parte de intelectuales de todos los tiempos. Esto obedece, entre otras cosas, a que ha sido abordado desde diferentes perspectivas, pues el tópico no constituye de ningún modo un asunto propio y exclusivo de alguna disciplina en particular (Ortega, 2018). Dado que como lo señaló la Organización Mundial de la Salud (OMS; como se citó en Rosales, Córdova y Escobar 2013) en el 2006, el suicidio es un fenómeno complejo, resultado de la interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales.

La palabra suicidio se deriva del latín *sui* (a sí mismo) y de *caedere* (matar) (Garduño, Gómez y Peña, 2011), por lo que hace referencia al acto mediante el cual una persona decide quitarse la vida. No obstante, Villardón (como se citó en Córdova, Rosales, Caballero y Rosales 2007) indica que el adjetivo *suicida* se aplica a una serie de comportamientos que no necesariamente concluyen con la muerte, pero que son provocados voluntariamente por el propio sujeto y cuya intención sería morir. En este sentido, la conducta suicida implica hablar no sólo del suicidio consumado sino también de ideación y tentativa suicida; debido a que autores como Rich et al. (como se citó en Chávez, Medina y Macías, 2008), mencionan que el suicidio es un proceso complejo y dinámico, conformado por varias etapas que comienzan con una ideación suicida pasiva, le siguen fases cada vez más activas como la visualización del propio acto y su manifestación mediante amenazas verbales y gestos suicidas, la planeación y preparación, la ejecución del intento y, por último, el suicidio consumado. De acuerdo

con Rosales, Córdova y Ramos (2012), cada una de estas fases se conceptualiza por variables específicas de intensidad, letalidad y método.

Asimismo, Van (como se citó en García de Alba, Quintanilla, Sánchez, Morfín y Cruz, 2011) señala que este conjunto de comportamientos se puede agrupar bajo el término de suicidabilidad, incorporando aspectos cognitivos y conductuales suicidas. El componente cognitivo incluye cualquier pensamiento de conducta autodestructiva; mientras que el componente conductual corresponde al comportamiento de intencionalidad autodestructiva, pudiendo incluir el gesto suicida, el intento suicida y el suicidio consumado.

Para Wenzel, Brown y Beck (como se citó en Toro, Grajales y Sarmiento, 2016), la ideación suicida se refiere a aquellos pensamientos, imágenes, creencias, voces u otras cogniciones reportadas por el individuo acerca de la intencionalidad de terminar con su propia vida. Por su parte, Salamanca y Siabato (2017) incluyen en el término los pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir, así como los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir un individuo. Además, consideran que esta ideación puede variar en tipos y grados, los cuales van desde el deseo de morir sin una planeación específica de cómo hacerlo, hasta el deseo de morir de una forma particular con acciones muy concretas. En concordancia con ello, Denis, Barradas, Delgadillo, Denis y Melo (2017) señalan que algunos autores sostienen que la ideación suicida está conformada por cuatro etapas: el deseo de morir, la representación suicida (fantasías pasivas de suicidio), la ideación suicida sin un método determinado y la ideación suicida planificada.

Rush y Beck (como se citó en Toro et al., 2016) afirman que estas ideas pueden responder al querer terminar con estados de angustia producidos por problemas o situaciones que se creen irresolubles e insoportables. De ahí que Fernández y Casullo (2006) refieran que en numerosos casos la decisión de quitarse la vida aparece como un comportamiento funcional, en tanto pone fin a situaciones de sufrimiento y tensión que se han convertido en insoportables para la persona que las padece.

Piedrahita, García, Sirley y Stivalis (2011) mencionan que las ideas o pensamientos suicidas hacen parte del proceso normal de desarrollo en la infancia y adolescencia, cuando el menor trata de responder a los problemas de su existencia. Sin embargo, estos pensamientos se vuelven anormales cuando constituyen la única opción para resolver sus dificultades; por lo que de esta forma podría existir un riesgo de suicidio. Salamanca y Siabato (2017) aluden que, si bien la ideación suicida puede ser entendida como la de menor riesgo, representa también la primera manifestación de conductas suicidas y, por tanto, se convierte en un componente importante para la toma de decisiones orientadas a la identificación de personas en riesgo y a la prevención de otras conductas como el intento y el suicidio consumado.

El intento de suicidio es aquel acto que realiza un individuo de manera voluntaria y planeada con el objetivo de finalizar con su vida; en caso de no lograrlo queda como intento suicida fallido, pero en caso de lograr su cometido entonces hablamos de suicidio consumado (Pérez; como se citó en Denis et al., 2017). Marchiori (como se citó en Alcántar, 2002) señala que el intento de suicidio en el que no se produce ningún daño físico está relacionado con los instrumentos utilizados que resultan inofensivos para el propósito autodestructivo del individuo. De acuerdo con la autora, el intento suicida frustrado implica diversos motivos, entre los que se encuentra que el intento puede llevarse a cabo sin decisión, el individuo desconocía los límites del medio-instrumento, ambivalencia frente al acto suicida, etc.

Córdova et al. (2007) señalan que el intento de suicidio también es denominado como tentativa de suicidio, intento de autodeterminación, autolesión intencionada o parasuicidio; no obstante, autores como Van Egmond y Diesktra (como se citó en Alcántar, 2002), no concuerdan con este último término, pues ellos hablan de parasuicidio para referirse a un tipo de conducta que se diferencia del intento suicida, ya que supone un comportamiento autolesivo para el sujeto, pero conscientemente no mortal, en tanto el intento de suicidio es entendido como un suicidio fallido.

Finalmente, el suicidio consumado es entendido como aquel acto en el que el individuo logra exitosamente su cometido de quitarse la vida. Aun cuando la conducta suicida está compuesta por distintas etapas, éstas no necesariamente son

secuenciales, y si un sujeto presenta ideación suicida éste no necesariamente intentará suicidarse posteriormente, es decir, algo ocurre y el proceso no sigue su curso (Vázquez, Piña, González, Jiménez y Mondragón, 2015). De esta forma se ha considerado que la conducta suicida no es un proceso lineal con fases secuenciales, en el que la ideación suicida sea el inicio y el suicidio consumado el final, por lo que pasar por una o varias etapas no requiere necesariamente pasar por las demás. Pese a ello, el manifestar algún comportamiento suicida representa una situación que debe ser atendida para evitar que este termine en un suicidio consumado; esto debido a que, si bien se mencionó que este fenómeno ha estado presente desde siglos atrás, actualmente representa un problema de salud pública a nivel nacional e internacional dado el incremento que ha tenido en los últimos años.

1.2. Estadísticas.

1.2.1. Nivel mundial.

La OMS refiere que el suicidio se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, dado que en el 2012 reportó que en los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60%. Asimismo, en el 2018 señaló que cerca de 800 000 personas se suicidan cada año, siendo así la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años. Jiménez y Cardiel (2013) concuerdan en que el suicidio debe pensarse como una problemática mundial, pues el que mueran cerca de un millón de personas a causa de este fenómeno equivale a un 1.8% de las disfunciones, así como a un suicidio cada 40 segundos y a 20 intentos por cada uno consumado. Lo que además representa una tasa anual de 11.4 por 100 000 habitantes, con unas tasas de 15.0 entre hombres y 8.0 entre mujeres (Conselleria de Sanitat Universai i Salut Pública, 2017).

Jiménez y Cardiel (2013) también indican que las tasas de suicidio más elevadas se encuentran en países europeos como Rusia, Ucrania, Bielorrusia, Lituania, Polonia, Finlandia, Bélgica, Francia, Austria y Suiza, que ocupan los primeros lugares, así como algunos países asiáticos: India, Japón y la República de Corea, en donde las tasas oscilan entre los 10 y 15 suicidios por cada 100 000 habitantes

Con respecto al sexo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS; como se citó en Cuesta-Revé, 2017) informó en el 2014 que a nivel mundial los hombres tienen una tasa más alta de suicidios que las mujeres, con una razón aproximada de 3.5 a 1. En contraste, las mujeres presentan mayor número de intentos suicidas que los hombres. Una de las razones que explican este escenario es que los varones emplean métodos más violentos y letales. En general, se conoce que el pensamiento e intento suicida en sus distintas etapas del ciclo vital es más alto en las mujeres, pero el hombre es el que llega a consumarlo en mayor número.

De acuerdo con la OMS (2018a), la ingesta de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son algunos de los métodos más comunes de suicidio en todo el mundo. Durkheim (2008) refiere que los móviles que fijan la elección de cada persona son de naturaleza completamente distinta. Es, por lo pronto, un conjunto de usos y reglas de toda especie el que pone a su alcance un medio de muerte más bien que otro. De este modo, tiende a emplear el medio de destrucción que encuentra inmediatamente a mano y que una práctica diaria le ha hecho más familiar. Por tanto, la OMS (2018a) alude que el conocimiento de los métodos de suicidio más comunes es importante para elaborar estrategias de prevención basadas en medidas de eficacia aprobada, entre ellas la restricción del acceso a los medios de suicidio.

1.2.2. Nivel nacional.

En México, las cifras de suicidio son bajas en comparación con las reportadas por Jiménez y Cardiel (2013) con respecto a otros países de Europa y Asia. En nuestro país la tasa se estima entre los 4 y 5 suicidios al año por cada 100 000 habitantes (Rosales y Córdova, 2011).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2018) reportó que en el 2016 ocurrieron 6 291 suicidios, lo que representa una tasa de 5.1 suicidios por cada 100 000 habitantes. Sin embargo, el número de suicidios varía entre zonas geográficas y entidades federativas, ya que, para este mismo año, los estados que tuvieron mayores tasas de suicidio fueron Chihuahua y Yucatán con 11.4 y 10.2 suicidios por cada 100 000 habitantes respectivamente; niveles que duplican la tasa nacional. A las

entidades mencionadas le siguen Aguascalientes (9.6), Campeche (9.1) y Colima (8.5). En el otro extremo, con las tasas más bajas se encuentran Guerrero, Veracruz y Oaxaca con 2.1, 2.5 y 2.9 suicidios por cada 100 000 habitantes respectivamente. En cuanto al Estado de México se reportó una tasa de 3.3, mientras que en la Ciudad de México se presentó una tasa de 4.2 suicidios por cada 100 000 habitantes.

A partir de estos datos se puede concluir que todas las entidades, en menor o mayor índice, reportan muertes por suicidio, pues es de notar que ningún estado cuenta con una tasa de cero; esto aunado al incremento del fenómeno, especialmente entre los jóvenes, contribuyen a que el suicidio sea también considerado como un problema de salud pública en el país. Rosales y Córdova (2011) mencionan que el porcentaje de suicidios con respecto de las muertes violentas en los grupos de edades de 15 a 24 años, incrementó de un promedio de 5% del quinquenio de 1990 a 1994 a un promedio de 12% del quinquenio 2002 al 2006, lo que sitúa al suicidio entre las primeras diez causas de muerte en adolescentes y jóvenes mexicanos. Además, el INEGI (2017) registró 2 599 fallecimientos por lesiones autoinfligidas en jóvenes de 15 a 29 años durante el año 2015, lo que representa una tasa de 8.2 suicidios por cada 100 000 jóvenes de este grupo de edad. De igual modo, el INEGI en el 2018 reportó que en los jóvenes de 20 a 29 años se presentaron las tasas más altas de suicidios, ya que en el 2016 la tasa para el grupo de 20 a 24 años fue de 9.5 por cada 100 000 jóvenes y de 8.2 en jóvenes de 25 a 29 años.

Por otro lado, Domínguez, Betancourt y Cañas (2014) han identificado diferencias numéricas en cuanto a los suicidios registrados por sexo, dado que los autores citan que el INEGI en el 2013 publicó que, de los 5 718 suicidios ocurridos en el año 2011, el 80.8% de ellos fueron consumados por hombres y el 19.2% por mujeres, lo que equivale a 4 suicidios de hombres por cada suicidio de mujer. Datos similares se observan en los registros del 2016, donde el INEGI (2018) informó que, de los 6 291 suicidios registrados, el 81.3% fueron cometidos por hombres mientras que el 18.7% fue por mujeres. Lo que representa una tasa de 8.6 suicidios por cada 100 000 hombres y de 1.9 por cada 100 000 mujeres.

Jiménez y Cardiel (2013) refieren que esto no significa que los hombres tengan una mayor ideación suicida o deseo de morir en comparación con las mujeres, sino que estas diferencias las atribuyen al método que utiliza cada uno para cometer el acto, puesto que han identificado que los hombres tienden a utilizar métodos más eficientes como el ahorcamiento, en tanto que las mujeres recurren a métodos menos certeros como el envenenamiento o el ahogamiento; por tanto, si el auxilio es viable hay menos posibilidad de que el suicidio se consume. Esto es apoyado por los datos del INEGI (2018) que muestran que, en el 2016, el 82.8% de los hombres utilizó como método principal el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, mientras que el otro 8.8% utilizó el disparo con arma de fuego; por el contrario, en las mujeres el 74.5% recurrió al ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación y 18.3% al envenenamiento (por plaguicidas, químicos, drogas, medicamentos y otras sustancias). Esto refleja que el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación se presentan como la principal práctica para el suicidio, con 80.8% del total de suicidios en dicho año, seguido del disparo por arma (7.7%). Jiménez y Cardiel (2013) señalan que el INEGI en el 2010 reportó que, si bien en los años 2006 y 2007 el disparo por arma de fuego era considerado un método utilizado exclusivamente por hombres, para el año 2010 el 4.3% de los suicidios consumados por mujeres fue a través de este método, lo que ya no lo hace único de un sexo. A pesar de ello, sigue prevaleciendo en las mujeres el uso de medios menos agresivos, prefiriendo aquellos que dañen en menor medida su imagen, tal y como lo confirma lo reportado por el INEGI en el año 2016.

Vázquez, Piña, González, Jiménez y Mondragón (2015) indican que existe una mayor prevalencia del comportamiento suicida en mujeres, esto es, ideación e intentos suicidas, mientras que, en el caso de los hombres, el número de casos de suicidio consumado es mayor. Lo que podría explicarse con los datos anteriores en cuanto a la elección del método elegido por cada uno de los sexos. Con respecto a los intentos de suicidio en el país, Jiménez y Cardiel (2013) reportan que en el 2005 el INEGI registró 227 intentos de suicidio y que en el 2007 la OMS contabilizó 394, lo cual equivale a un incremento de 57% en el número total de intentos de suicidio en un lapso de dos años. No obstante, estas cifras no deben tomarse como absolutas dado que como menciona Gómez, Plascencia y Zamarrón (2005), la mayor parte de las veces

no se registran los intentos suicidas como tales, ya que familiares del sujeto suelen declarar alguna otra causa de ingreso a hospitales para evitar la estigmatización por parte de la sociedad.

Con base en lo previamente mencionado se puede identificar que el suicidio en México se ha convertido en un problema de salud pública debido a que las cifras han ido incrementando, lo que no quita la posibilidad de que estos números vayan cada vez en aumento. Asimismo, Gómez et al. (2005) señalan que, si bien las tasas de suicidio en el país no son de las más altas a nivel mundial, si representa un problema importante a considerar por tratarse de una condición de muerte no natural. Aunado a ello, la OMS (2018a) considera que cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y que tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. En consecuencia, se hace importante la identificación de conductas suicidas sobre todo en la población joven, ya que este fenómeno se está presentando de manera más notable en dicha población.

1.3. El suicidio en estudiantes universitarios.

Los datos del apartado anterior muestran que el suicidio, tanto a nivel nacional como internacional, es un fenómeno que actualmente está afectando en mayor medida a la población de entre 15 y 29 años. No obstante, en México parece ser que los jóvenes con edades comprendidas entre los 20 y 24 años son los que se encuentran en mayor riesgo, dado que el INEGI (2018) informó que en este grupo se presentaron las tasas más altas de suicidio en el año 2016.

De esta forma, hablar de este rango de edad es hablar de una población que se encuentra en una etapa de adultez temprana o juventud. De acuerdo con González, García, Medina-Mora y Sánchez (1998), la juventud es considerada como una etapa de consolidación que corresponde a la cristalización de la elección vocacional cuando el joven estudiante se prepara para convertirse en profesionista y obtener, posteriormente, mejores posibilidades laborales.

En este sentido, socialmente se espera que esta población se encuentre cursando la educación superior o, bien, inmerso en sus primeras experiencias laborales. Por lo general, los jóvenes inician sus estudios universitarios a los 18 años aproximadamente. De acuerdo con Blandón, Carmona, Mendoza y Medina (2015), este periodo se caracteriza inicialmente por un esfuerzo para salir de la adolescencia y entrar en esa primera fase de la vida adulta. En este rango de edad, usualmente se modifican las relaciones que ya se han establecido con los demás y con las instituciones, ello con el fin de posicionarse en el mundo. De esta manera, se ha expuesto la existencia de cinco fases en el desarrollo profesional, lo que ubica a los universitarios en la segunda de ellas, denominada fase de exploración (15 a los 24 años), caracterizada por la elección ocupacional, en donde se valoran las preferencias, los intereses y las capacidades personales, así pues, es aquí donde se inicia la formación profesional. Aunado a ello, Blum (como se citó en Arrieta, Díaz y González, 2014) menciona que muchos estudiantes de pregrado se encuentran en la etapa de adolescencia tardía, fase de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos que demandan del joven estrategias de afrontamiento que le permiten consolidar su identidad, autonomía y éxito tanto personal como social.

Sin embargo, el tránsito por la universidad representa para muchos jóvenes una experiencia compleja, donde se ponen en juego diversas competencias y habilidades para alcanzar los objetivos de la carrera (Micin y Bagladi, 2010); en consecuencia, el ingreso a la educación superior también constituye un evento estresante. Blandón et al. (2015) señalan que el joven debe adaptarse a un entorno completamente nuevo, el cual implica cambios significativos en su forma de adquirir conocimientos, aparte de algunas alteraciones en sus redes de apoyo, lo que podría aumentar el riesgo de que los estudiantes universitarios generen sintomatología clínica.

De igual modo, González et al. (1998) refieren que esta etapa es difícil para la persona, puesto que tiene que tomar decisiones con respecto a su proyecto de vida: afectivos y profesionales, frente a un futuro lleno de incertidumbre y de múltiples cambios. El estrés que genera esta situación, las formas de enfrentarlas, el dilema entre la esperanza y la desesperanza, pueden llevar al joven a la forma más dramática

de autodestrucción: drogadicción, delincuencia, sexualidad desprotegida, accidentes y hasta suicidios.

El suicidio en los adolescentes universitarios es uno de los fenómenos más difíciles de comprender ya que se trata de una etapa de la vida que por lo general se caracteriza por ser un tiempo de mucha ilusión y planificación hacia el futuro (Jiménez, 2008). Empero, Castaño et al. (2014) aluden que si bien la juventud es una etapa que algunos viven con gran intensidad, actualmente los jóvenes sufren de problemas como la depresión, que los puede llevar a desequilibrar su armonía y querer acabar con su vida. Autores como Gómez, Plascencia y Zamarrón (2005) indican que esta población presenta problemas emocionales relacionados con la frustración de metas, las relaciones interpersonales, la autoridad y la normatividad. De igual forma, Pérez et al. (2010) añaden que también pueden experimentar desesperanza en relación con el futuro y, ante la falta de proyectos, llegan a manifestar cierto desinterés por la vida.

Ante tales situaciones, Martínez (como se citó en Micin y Bagladi, 2010) señala que la conjunción de características individuales y contextuales pueden facilitar estas conductas de riesgo. Pese a ello, González et al. (1998) mencionan que, en la mayoría de los jóvenes, hasta en aquellos que todavía tienen el apoyo de su familia, sienten temor a la soledad, a la responsabilidad, al error y al fracaso; que aparecen con la perspectiva de que tendrán que hacerse cargo de sí mismos en un futuro cercano.

Dichas circunstancias propician la aparición de conductas suicidas en los jóvenes. De acuerdo con Beachler el suicidio en esta etapa de la vida puede tener varios significados (Garduño, Gómez y Peña, 2011):

- La huida; que es el intento de escapar de una situación dolorosa y estresante, atentando contra la propia vida, pues esta se percibe como insoportable y que está fuera de control.

- El duelo; después de una pérdida importante para la persona y que no ha podido manejarse adecuadamente.

- El castigo; se presenta cuando la persona se siente responsable de un acto negativo y el intento suicida se dirige a expiar una falta real o imaginaria.

- El crimen; cuando la persona atenta contra su vida e intenta llevar a otro a la muerte.

- La venganza; cuando se atenta contra la vida y se intenta provocar el remordimiento de otra persona.

- El chantaje y la llamada de atención; con lo que se intenta ejercer presión sobre el otro.

- El sacrificio; se atenta para adquirir estima y valor considerado superior, es morir por una causa.

- El juego; para probarse a sí mismo o a los demás, que es valiente y forma parte del grupo.

Garduño et al. (2011) reportan que, en la gran mayoría de los casos de suicidio existe un elemento de comunicación en el comportamiento del joven y que se exterioriza con llamadas de auxilio. Por tanto, se considera importante el identificar la prevalencia de estas conductas en los jóvenes, quienes representan una población de riesgo dadas las situaciones antes mencionadas a la que se ven expuestos y sobre todo en los estudiantes de educación superior, ya que aunado a estas circunstancias también deben atender a las demandas propias de una carrera universitaria.

A nivel nacional e internacional distintos autores han analizado el comportamiento suicida en esta población, encontrando datos de gran relevancia. En México, Córdova, Rosales, Caballero y Rosales en el 2007, aplicaron la Escala de Ideación Suicida de Beck a 521 estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) de la Universidad Nacional Autónoma de México; los resultados arrojaron que el 59.9% de esta muestra manifestó ideación suicida. De igual modo, Coffin y Álvarez (2009) realizaron un estudio con estudiantes de esta misma facultad con el objetivo de hacer una detección representativa de los patrones de ideación suicida en usuarios que

solicitaron servicio en las áreas de psicología (clínica y de educación especial y rehabilitación) así como de medicina de la Clínica Universitaria de Salud Integral de la FESI. Se aplicó el Inventario de Orientaciones Suicidas (ISO) a 141 pacientes y se encontró que el 40.7% de los participantes presentaron niveles de ideación suicida graves y el 33.95% niveles altos; en tanto el 21.2% un nivel moderado, el 3.4% nivel leve y el 0.85% nivel bajo. Igualmente, se observó que las mujeres son más propensas a desarrollar ideación suicida en sus niveles más significativos de prevalencia (alto y grave); sin embargo, los hombres también reportan ideación suicida en el nivel moderado, lo cual los define como una población en riesgo de desarrollar niveles altos de la misma, siendo una atención oportuna y adecuada la única forma de detener o revertir este patrón.

De forma similar, Micin y Bagladi (2010) exploraron la ideación suicida en 460 universitarios que acudían a un servicio de salud estudiantil e identificaron que 6.3% de los consultantes habían realizado un intento de suicidio en los últimos seis meses de consulta. En el 2011 Rosales y Córdova trabajaron con 317 estudiantes (164 hombres y 153 mujeres) de la Universidad Tecnológica “Fidel Velázquez” del Estado de México, a quienes aplicaron un instrumento denominado “Detección de Ideación Suicida en Jóvenes”. El porcentaje de presencia de ideación suicida en hombres fue de 13.4% y de 13.1% en mujeres.

Rosales, Córdova y Ramos (2012) también llevaron a cabo una investigación en la Universidad Tecnológica Emiliano Zapata del Estado de Morelos para identificar la presencia de ideación suicida en estudiantes universitarios. Su muestra estuvo conformada por 579 jóvenes. Los resultados mostraron que el 8.4% de los hombres y el 11.3% de las mujeres participantes presentaron ideación suicida; además, encontraron que el 5.7% de la población había tenido algún intento de suicidio (30% hombres y 70% mujeres). Los autores concluyeron que la presencia de ideación en jóvenes universitarios ocurre entre 10 y 15 de cada 100. De igual manera, Rosales, Córdova y Escobar en el 2013 registraron la presencia de ideación suicida en una población de 475 estudiantes de la Universidad Tecnológica de Tlaxcala y encontraron la presencia de ideación suicida en cerca del 6% de la muestra sin diferencia entre

sexos, donde aproximadamente 1 de cada 17 jóvenes universitarios presentan pensamientos suicidas. Cañón et al. (2017) igual reportan el estudio de Rosales, Córdova y Guerrero en el 2013, quienes realizaron una investigación con 280 hombres y 220 mujeres, estudiantes de la Universidad Tecnológica de Puebla y registraron que el 5.5% de los hombres y el 5.4% de las mujeres presentaron ideación suicida.

Posteriormente, Sánchez, Muela y García (2014) aplicaron la Escala de Ideación Suicida de Beck a 40 estudiantes de psicopedagogía y hallaron una prevalencia de ideación suicida en el 33% de los participantes. Por otro lado, Suárez, Restrepo y Caballero en el 2016 aplicaron la misma escala a 186 estudiantes de la carrera de administración de empresas, de los cuales 7.5% presentó riesgo de pensamientos suicidas.

Con base en lo anterior puede observarse que la población universitaria representa una comunidad de riesgo, ya Jara et al. (2008) ha señalado que el ingreso a la universidad trae cambios abruptos en la mayoría de los jóvenes universitarios por su exigencia en el ritmo de vida y la metodología de trabajo que emplean los docentes. En este sentido, los estudiantes no sólo deben enfrentarse a estresores de la vida cotidiana sino también a aquellos específicos de su carrera. En consecuencia, se vuelve importante la detección de factores de riesgo y protección que faciliten la elaboración de medidas preventivas para este grupo vulnerable ante las conductas suicidas.

1.4 Factores de riesgo asociados a la conducta suicida.

Determinar las causas de suicidio en el país implica un estudio exhaustivo de las condiciones o situaciones psicológicas, sociales, políticas, económicas o culturales que llevan a los individuos a tomar una decisión de esa índole (Jiménez y Cardiel, 2013); aunado a ello, es importante considerar lo que expone Durkheim (2008) en cuanto a que no hay suicidio, sino suicidios, en el sentido de que si bien éste representa el acto de un hombre que prefiere la muerte a la vida, las causas que lo impulsan no son de la misma naturaleza en todos los casos, ya que de acuerdo con el autor, cada suicida da a su acto una huella personal que expresa su temperamento,

las condiciones especiales en las que se encuentra y que, por tanto, no puede explicarse por las causas sociales y generales del fenómeno.

Ante esto es complejo intentar exponer las razones por las que cada una de las personas que ha intentado o ha consumado un suicidio decide hacerlo. No obstante, se ha documentado sobre distintos factores de riesgo que se encuentran asociados al suicidio, los cuales no sólo permiten comprender mejor la conducta sino también sirven como elementos a considerar para la evaluación, intervención y prevención de la misma. De acuerdo con Valverde et al. (como se citó en Castaño et al., 2014), los factores de riesgo hacen referencia a aquellas conductas que pueden comprometer la salud, el bienestar o la adaptación social y que, si están presentes, se asocian a un incremento de la probabilidad de que sucedan hechos negativos o indeseables.

De la Torre (como se citó en Salamanca y Siabato, 2017) refiere que el suicidio y sus intentos configuran uno de los problemas más graves de salud mental, puesto que, al no considerarse como un fenómeno con una única causa, entran en juego muchos factores de tipo sociológico, psiquiátrico y psicológico que pretenden explicarlo. Por ende, el estudio de los factores de riesgo en toda conducta suicida debe considerar la naturaleza multifactorial de este fenómeno. Rivera-Heredia (como se citó en Domínguez, Betancourt y Cañas, 2014) engloba en tres grandes categorías los factores relacionados a conductas suicidas: individuales, familiares y sociales.

1.4.1. Factores individuales.

Los factores de riesgo individual son aquellos que dependen de la persona y que están relacionados con su desarrollo ontológico y sus características individuales. Uno de los principales factores que se coloca dentro de esta categoría es la depresión; ya que la conducta suicida se ha relacionado a menudo con la depresión y la desesperanza, particularmente con una visión pesimista y generalizada del futuro (Toro, Grajales y Sarmiento, 2016). Castaño et al. (2014) mencionan que cuando la persona presenta desesperanza, esta pierde las motivaciones y la esperanza de alcanzar metas; genera pensamientos negativos acerca de su existencia, pierde sus sueños y, en pocas palabras, el sentido de la vida. De acuerdo con Frank (como se

citó en Castaño et al., 2014), cuando no se alcanza el logro existencial, se origina una frustración que se asocia a la desesperanza, caracterizada por la duda sobre el sentido de la vida y por un vacío existencial que se manifiesta en un estado de tedio, en la percepción de falta de control sobre la propia vida y en ausencia de metas vitales. Según el autor, esto puede incrementar el riesgo suicida aun cuando las condiciones personales sean favorables, pues se carece de sentido de vida.

Jiménez (2008) reporta que Furr, McConnell, Westefeld y Jenkins en el 2001, realizaron una encuesta a los y las estudiantes de cuatro universidades estadounidenses sobre sus experiencias relacionadas con el suicidio, entre las razones que citaron con mayor frecuencia como contribuyentes a la conducta suicida se encuentran la desesperanza (49%) y la depresión (26%). Asimismo, Medina, Herazo, Barrios, Rodelo y Salinas (2017) en un estudio llevado a cabo con 876 adolescentes de entre 14 y 20 años, hallaron que la desesperanza y culpa, así como la depresión mayor representan dos de los factores con un alto índice de asociación con la conducta suicida (57.2% y 63.4% respectivamente).

A su vez, Alcántar (2002) al analizar el intento de suicidio en estudiantes de bachillerato, encontró que el 11.7% de los hombres y el 9.6% de las mujeres que intentaron suicidarse lo habían hecho por soledad, tristeza o depresión. Por otra parte, Sánchez, Cáceres y Gómez (2002) señalan que se ha estimado que aproximadamente el 15% de los pacientes deprimidos mueren a causa de suicidio. En consecuencia, la depresión ha sido citada por varios autores como uno de los factores que más influyen en la aparición de conductas suicidas (Castaño et al., 2014; Coffin y Álvarez, 2009; García del Alba, Quintanilla, Sánchez, Morfin y Cruz, 2011; Hidrobo, 2015; Rosales, Córdova y Escobar, 2013; Sánchez, Muela y García, 2014; Toro et al. 2016). Sin embargo, García del Alba et al. (2011) consideran que culturalmente los conceptos de depresión y tristeza están íntimamente ligados como signos y síntomas previos al intento de suicidio, más no como causa.

De igual manera, la propia conducta suicida pasada representa un factor de riesgo importante, pues los intentos de suicidio previos suponen aspectos que pueden favorecer la futura aparición de este comportamiento. Borges et al. (como se citó en

Vázquez, Piña, González, Jiménez y Mondragón, 2015) mencionan que diversas investigaciones señalan que los antecedentes de intentos previos de suicidio podrían contribuir a predecir intentos subsecuentes y la propia consumación del suicidio. La OMS (2018a) reporta que por cada suicidio hay muchas más tentativas de suicidio cada año; por tanto, entre la población en general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante. Aunado a esto, distintos autores han identificado a la experiencia de intentos de suicidio previos como una variable asociada a la conducta suicida (Castaño et al, 2014; Blandón, Carmona, Mendoza y Medina, 2015; Medina et al, 2017; Rosales y Córdova, 2011; Rosales et al., 2013; Rosales, Córdova y Ramos, 2012). No obstante, aunque se ha estimado que existen aproximadamente diez intentos por cada suicidio consumado, cada intento tiene la posibilidad de resultar en la muerte o en una lesión física a largo plazo, causando un profundo sufrimiento psicológico (Borges et al.; como se citó en Vázquez et al., 2015).

La ideación suicida también ha sido referida como un factor que puede contribuir a la futura aparición de un intento de suicidio. Pese a ello, Salamanca y Siabato (2017) aluden que esta ideación por sí sola no conlleva a la planificación o a la tentativa suicida, sino que requiere de la vinculación de otras variables que interactúan para que se dé el paso del pensamiento hacia la planificación, la tentativa o hacia el suicidio consumado; generalmente está asociada a factores de riesgo que aumentan la probabilidad de llevar a cabo otras conductas suicidas, como es el caso de la impulsividad, el estado de ánimo bajo y la ansiedad. En concordancia con ello, Sánchez et al. (2014) reportan que estudios realizados en diversos países han detectado que en el 60% de los sujetos estudiados, el tránsito de la idea a la tentativa o la planificación del intento al acto en sí mismo depende en gran medida de variables psicosociales; siendo el control de impulsos una de las más influyentes.

En este sentido, la impulsividad como respuesta de afrontamiento ha sido considerada por algunos autores como un factor personal asociado a la conducta suicida (González, Ramos, Caballero y Wagner, 2003; Hidrobo, 2015; Medina et al, 2017; Rivera-Heredia, como se citó en Domínguez et al., 2014; Rosales et al., 2013; Rosales et al., 2012). Asimismo, Hidrobo (2015) señala que aspectos de la

personalidad tales como la introversión, la rigidez, la dependencia, el perfeccionamiento y la dificultad para expresar emociones son algunos de los factores relacionados con el suicidio en jóvenes.

La baja autoestima también suele ser identificada como un factor de riesgo significativo (Alcántar, 2002; Córdova, Rosales, Caballero y Rosales, 2007; González et al. 2003; Rosales y Córdova, 2011; Rosales et al., 2013; Toro et al., 2016). Hidrobo (2015) menciona que la baja autoestima juega un papel muy importante en los estudiantes ya que muchas veces se dejan influenciar de sus amigos cercanos, quienes generan en el joven pensamientos de autodestrucción y suicidio, unido a la soledad y el poco o nulo apoyo de la familia, los docentes o los amigos.

Igualmente, el antecedente de abuso sexual ha sido reportado como un factor de riesgo suicida (Rivera-Heredia, como se citó en Domínguez et al., 2014; Rosales et al., 2013). González-Forteza et al. (como se citó en Rosales et al., 2012) señalan que aquellos que han sido víctimas de abuso sexual muestran una mayor proporción de ideación suicida y de intento suicida. Por su parte, Pérez et al. (2010) refieren que el antecedente de abuso sexual incrementa 92% la posibilidad de presentar ideación suicida.

Del mismo modo, el consumo de drogas es considerado como un aspecto relacionado con la aparición de conductas suicidas (Castaño et al, 2014; Córdova et al., 2007; Rivera-Heredia, como se citó en Domínguez et al., 2014; Rosales y Córdova, 2011; Rosales et al., 2013; Rosales et al., 2012; Sánchez et al., 2002). Tal es así que Alcántar (2002) al analizar el intento suicida y su relación con el consumo de drogas en estudiantes de bachillerato de la Ciudad de México, encontró que el 46.9% de los estudiantes que intentaron suicidarse habían consumido alguna droga por lo menos una vez en su vida. Resaltando que, en general, se encontraron prevalencias más altas en el consumo de drogas en los estudiantes que intentaron suicidarse con respecto a los que no lo intentaron. A su vez, Jiménez (2008) menciona que las adicciones son uno de los factores de riesgo más poderosos para la conducta suicida en todos los grupos de edades y están presentes en un alto porcentaje de los suicidios completados. En relación con ello, Pérez et al. (2010) informan que los estudiantes

que consumen alcohol tiene una posibilidad 31% mayor de intentar suicidarse que los que no consumen.

Del mismo modo, estudios realizados por Blandón et al., 2015; Pérez et al., 2010; Rosales y Córdova, 2011; Rosales et al., 2013; Rosales et al., 2012; y Toro et al., 2016 reportan que los problemas académicos tales como una calificación baja, el poco reconocimiento escolar o la percepción negativa del desempeño académico son variables relacionadas con la aparición de conductas suicidas. Además, Picazzo Zappino (como se citó en Cuesta-Revé, 2017) señala que el fracaso escolar también constituye un factor de riesgo frente a estas conductas, especialmente cuando está asociada a una fuente presión académica, a una insatisfacción personal con los resultados obtenidos y a una red de apoyo social insuficiente, sobre todo familiar. Ante tales sucesos escolares negativos, Gómez, Plascencia y Zamarrón (2005) indican que la escuela se ha vuelto cada vez más un área importante para los jóvenes; esto ayudaría a explicar en parte por qué existe una alta prevalencia de ideación e intento suicida en jóvenes estudiantes

Otros de los factores personales asociados con la conducta suicida son: comportamientos antisociales (Toro et al., 2016), aislamiento social o soledad (García del Alba et al., 2011; Sánchez et al., 2002), ruptura inesperada de relaciones interpersonales y problemas de pareja (Alcántar, 2002; Garduño, Gómez y Peña, 2011; Rosales y Córdova, 2011), ansiedad (Pérez et al., 2010; Rosales et al., 2013), antecedente de atención psicológica o psiquiátrica (Córdova et al., 2007; Rosales y Córdova, 2011; Rosales et al., 2013; Rosales et al., 2012); el desempleo o el no tener dinero suficiente (Castaño et al., 2014; Córdova et al., 2007) y el haber experimentado durante los últimos meses una experiencia negativa que trastornó su vida, especialmente vinculada con la familia o con alguna pérdida significativa (Castaño et al., 2014; Córdova et al., 2007; Piedrahita, García, Sirley y Stivalis, 2011; Rosales y Córdova, 2011; Rosales et al., 2013; Rosales et al., 2012).

1.4.2. Factores familiares.

Vivo et al. (2013) refieren que el entorno cercano es un factor de riesgo esencial y, considerando que la familia representa un grupo social significativo para la mayoría de las personas, al ser con el que probablemente más interactúan durante los primeros años de vida, las relaciones que se formen dentro de esta y la calidad de las mismas jugarán un papel importante en el desarrollo personal de sus integrantes. Por tanto, la estructura y dinámica familiar está íntimamente ligada a nuestra estabilidad emocional; es por ello que, en el estudio del intento de suicidio, merece particular atención, desde luego por las repercusiones psicológicas que generan en el adolescente (Osornio, 1999).

En este sentido, el funcionamiento familiar puede fungir como un factor de riesgo para la aparición de conductas suicidas. Dentro del estudio de los factores familiares asociados al riesgo suicida, Rivera-Heredia (como se citó en Domínguez et al., 2014) refiere que aspectos como la violencia y/o inestabilidad familiar, la separación, el divorcio, eventos de vida negativos (pérdidas significativas), consumo de sustancias en uno o ambos padres, desapego y problemas de comunicación, son algunos de los factores que pueden facilitar la presencia de conductas suicidas.

Pérez et al. (2010) indagaron sobre los factores asociados a la conducta suicida en estudiantes de educación media superior y encontraron que aquellos que refirieron tener poca comunicación con los padres y/o bajo apoyo familiar tenían más posibilidades de presentar riesgo suicida. Este escaso apoyo familiar también ha sido reportado por otros autores (Alcántar, 2002; Medina et al., 2017; Sánchez et al., 2002) como un factor de riesgo familiar relacionado al suicidio.

Del mismo modo, Blandón et al. (2015) al analizar algunos de los factores asociados a la ideación suicida en estudiantes universitarios de Medellín, evidenció que las mayores proporciones de ideación en el último año antes del estudio se presentaron entre quienes no tenían buena relación con el padre, la madre o los hermanos. En concordancia con ello, González et al. (2003) han encontrado que los

estudiantes que presentan ideación o intento suicida tienden a reportar una relación conflictiva con su padre y/o madre.

Por otro lado, Alcántar en el 2002 realizó un estudio con adolescentes y encontró que el 31.1% de los hombres y el 40.7% de las mujeres que intentaron suicidarse señalaron que su decisión se debió principalmente a motivos de índole familiar. Además, al comparar el grupo de estudiantes sin intento suicida con el grupo que intentaron suicidarse, se observó que éstos últimos percibían mayor hostilidad y rechazo por parte de sus padres, menos comunicación en la familia, ya que tanto los adolescentes como sus padres no hablaban de sus problemas personales o de lo que les preocupaba. De igual manera, García del Alba et al. (2011) en entrevistas con 27 estudiantes de entre 13 y 18 años, hallaron que los adolescentes coinciden en que los problemas familiares son la causa más importante del intento suicida. Asimismo, Rosales et al. (2013) citan a los problemas familiares y a la mala relación con los padres como condiciones de vida negativas que incrementan el riesgo suicida.

Toro et al. (2016) también mencionan que la cohesión o unión familiar está estrechamente relacionadas con las ideas suicidas de los adolescentes, es decir, en familias desunidas o con baja cohesión hay mayor ideación suicida, lo que representa un mayor riesgo suicida. De la misma forma, los problemas económicos en la familia han sido reportados como una variable asociada a la conducta suicida (Córdova et al., 2007; Rosales y Córdova, 2011; Rosales et al., 2013; Rosales et al., 2012).

Vivo et al. (2013) igual consideran a las prácticas de crianza como un factor relevante, pues señalan que las prácticas parentales excesivamente duras o erráticas, así como actitudes de rechazo o frialdad se han relacionado con una reducida habilidad de autocontrol y una mayor adopción de comportamientos de riesgo en los niños y jóvenes. Este factor también ha sido asociado por Rosales y Córdova (2011), quienes encontraron que los hombres que habían presentado ideación suicida consideraban haber sido disciplinado en la infancia, sin reglas ni castigos o con muchas reglas y castigos.

Los antecedentes de intento de suicidio en familiares igualmente han sido reportados como factores de riesgo por autores como Castaño et al., 2014; Medina et al., 2017; y Rosales et al., 2013. Hidrobo (2015) indica que la historia previa de suicidio en la familia es un elemento de gran influencia, pues el joven podría sentir una identificación con familiares que hayan tenido comportamientos suicidas e, incluso, imitar tales conductas. Blandón et al. (2015) aluden que una posible identificación con alguien cercano que haya intentado suicidarse o, bien, que consume el hecho, incrementa la ideación en 2.8 y 3.8 veces respectivamente. Swanson y Colman (como se citó en Cuesta Revé, 2017) publicaron en 2013 un estudio con adolescentes de 12 a 17 años, en el cual se evidenció que la exposición al suicidio en compañeros de la escuela y/o a un suicidio personalmente conocido, predecía tendencias suicidas futuras, por lo menos dos años posteriores al evento. Los autores mencionan que una teoría apoyada por estudios ecológicos sugiere que el suicidio puede ser “contagioso”, donde la exposición a un suicidio puede influir en un individuo para intentar cometerlo.

De acuerdo con Hernández y Gómez (2006) los sucesos mayormente asociados entre sí con la ideación suicida son los familiares y personales, de ahí la importancia de poner mayor énfasis en estos tipos de factores. Gómez et al. (2005) señalan que las áreas personal y social influyen significativamente en los síntomas presuicidas, lo cual indica que las relaciones con los pares, la familia y consigo mismo, causan un malestar importante en los jóvenes que los hace estar en riesgo de presentar conducta suicida. Esto indica que el medio ambiente y la forma en que el joven se valora a sí mismo son factores importantes en este problema.

1.4.3. Factores sociales.

Los factores sociales son aquellos relacionados con el entorno y las estructuras sociales que se encuentran presentes en la vida de las personas y que tienen la capacidad de afectar su salud y/o bienestar. Rivera-Heredia (como se citó en Domínguez et al., 2014) incluye en esta categoría aspectos como: exposición a la violencia en el contexto, falta de apoyo social, sucesos estresantes y los conflictos entre amigos.

Toro et al. (2016) agregan también el acceso a medios letales (medicamentos, armas), falta de apoyo social, barreras al acceso de salud mental, así como el estigma asociado a buscar y recibir estos servicios; además de las creencias culturales y religiosas. Con respecto a este último factor, García del Alba et al. (2011) aluden que las creencias culturales de las personas participan de manera decisiva en la forma en la que enfrentan un problema de salud.

Por su parte, la OMS (2018a) reporta que las experiencias relacionadas con conflictos, desastres, violencia y abusos están estrechamente ligadas a conductas suicidas. De igual manera, refiere que las tasas de suicidio son elevadas entre los grupos vulnerables objeto de discriminación, por ejemplo, los refugiados y migrantes; las comunidades indígenas; las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales, intersexuales; y los reclusos. Si bien pertenecer a estas minorías étnicas, sexuales o ideológicas son consideradas como factor de riesgo, Carmona (como se citó en Cañón et al., 2017) menciona que esto no significa que dichas condiciones, filiaciones o inclinaciones son en sí mismas factores suicidógenos, sino que en realidad el empuje al suicidio proviene de las diferentes formas de rechazo y exclusión de la que son víctimas estas minorías que, al ser interiorizadas, pueden terminar por convertirse en comportamientos autodestructivos y, en casos extremos, directamente suicidas.

A partir de lo anterior, se puede afirmar entonces que la ideación suicida está precedida por variables psicosociales, familiares y personales (Toro et al., 2016) y que, por tanto, la combinación de factores debe alertar sobre la posibilidad de ideación suicida (Sánchez et al., 2002); puesto que Rosales et al. (2013) aluden que el riesgo se incrementa con el aumento de la cantidad de condiciones que estimulan la ideación suicida. Ante esto Brent et al. (como se citó en Hernández y Gómez, 2006) señalan que los efectos de estrés que generan ciertos acontecimientos pueden no ser aparentes inmediatamente, pero si acumularse durante varios meses. Además de que estos estresores pueden no referirse a un suceso único sino a varios eventos adversos que se acumulan en otros periodos, generalmente previos al intento suicida. En este sentido, Hernández y Gómez (2006) indican que los efectos negativos de los sucesos

de vida adversos no pueden evaluarse aisladamente pues existen varios factores psicosociales que convergen en la determinación de la habilidad del adolescente para enfrentarlos y no se conocen con precisión los mecanismos que protegen al adolescente de los estresores cotidianos. De ahí la importancia de también identificar los factores que disminuyen la presencia conducta suicida.

1.5 Factores de protección asociados a la conducta suicida.

Si bien los factores de riesgo están relacionados a un incremento en la posibilidad de que sucedan circunstancias negativas, Chávez, Medina y Macías (2008) señalan que, por el contrario, los factores de protección son aquellos que están asociados con una disminución en la vulnerabilidad a un riesgo de salud nuevo.

Domínguez, Betancourt y Cañas (2014) refieren poner mayor énfasis en los factores familiares, especialmente en la población joven, pues parecen ser estos los que tienen mayor peso en este tipo de comportamientos; ya que en un estudio realizado por Andrade, Palos, Betancourt y Camacho (como se citó en Domínguez et al., 2014) en el 2003, se encontró que los adolescentes que no reportaron haber tenido intentos de suicidio presentaron más apoyo, comunicación, apego y menos rechazo por parte de ambos padres en comparación con los que indicaron al menos un intento de suicidio. Asimismo, Blandón, Carmona, Mendoza y Medina (2015) han encontrado que las buenas relaciones con figuras significativas tales como padres y hermanos actúan como factor protector.

Jiménez y Cardiel (2013) consideran a la familia como fuente primaria de protección y bienestar para los individuos; sin embargo, también señalan que ésta representa un grupo social complejo con respecto a su estructura y dinámica; de ahí que si las relaciones afectivas dentro de la esfera familiar no son manejadas adecuadamente se pueden generar comportamientos negativos en los miembros de la misma. Por ello, Hidrobo (2015) resalta el papel de los padres y sus estilos parentales sobre la presencia o no de la ideación suicida en sus hijos, con referentes como el grado de atención que se les presta en el aspecto emocional y la mala o poca comunicación con ellos; de esto puede depender los estados de depresión y

pensamientos suicidas desde edades muy tempranas, razones suficientes para determinar que es importante buscar fundamentalmente el fortalecimiento de los vínculos afectivos dentro de la familia. A su vez, Alcántar (2002) manifiesta la necesidad de trabajar en el ambiente familiar, específicamente, en la forma de interacción de los integrantes, ya que de esta manera la familia puede fungir como un elemento protector contra la conducta suicida.

Por otro lado, Carmona et al. (2013; como se citó en Cañón et al., 2017) señala que los espacios en los que se desenvuelven los adolescentes igual pueden ser un factor protector, siendo la universidad uno de ellos, puesto que como contexto de interacción, cuenta con importantes fuentes de protección frente a los comportamientos suicidas, por las redes de apoyo que allí encuentra el estudiante, el proyecto de futuro que constituye estudiar una carrera profesional y la riqueza de significaciones que despiertan su interés. De la misma forma, Carmona y Carmona (como se citó en Cañón et al., 2017) mencionan que en la universidad los estudiantes encuentran múltiples posibilidades para construir redes afectivas con sus pares; estas relaciones se convierten en redes de apoyo que funcionan como “sostenes vinculares ante las tendencias autodestructivas”. La Conselleria de Sanitat Universai i Salut Pública (2017) de España indica que las sólidas relaciones personales, específicamente las del círculo próximo de una persona, como por ejemplo la familia y la escuela, pueden tener gran influencia y ser una fuente significativa de apoyo social, emocional y financiero que amortigüe los factores externos estresantes.

Igualmente, las creencias religiosas y espirituales han sido citadas como un factor de prevención y protección (Castañeda, 2016; Conselleria de Sanitat Universai i Salut Pública, 2017) así como la autoestima. González, García, Medina-Mora y Sánchez (1998) y Piedrahita, García, Sirley y Stivalis (2011) han observado que la autoestima favorable representa una variable predictora que disminuye el riesgo de ideación e intento de suicidio. Por su parte, Hermosillo, Vacio, Méndez, Palacios y Sahagún (2015) señalan que la regulación emocional, la autoestima y la capacidad para pedir ayuda representan otros factores protectores que disminuyen la probabilidad de que una persona desarrolle conductas suicidas. De modo similar, la

Conselleria de Sanitat Universai i Salut Pública (2017) plantea que las prácticas positivas de afrontamiento como la estabilidad emocional, el optimismo y una identidad personal desarrollada ayudan a hacer frente a las dificultades de la vida. En consecuencia, una buena autoestima, competencia personal y capacidad de resolver problemas (incluida la capacidad de pedir ayuda) mitigan la repercusión de las adversidades.

Asimismo, la inteligencia emocional ha sido asociada como un factor protector ante conductas suicidas. Chao y Nock (como se citó en Suárez, Restrepo y Caballero, 2016) refieren que en las diferencias de los estilos de respuesta ante experiencias adversas subyace algún tipo de “habilidad y/o competencia psicológica” que permite a unos individuos adaptarse y afrontar las demandas del ambiente de manera efectiva mientras a otros no, a esta habilidad/competencia se denomina inteligencia emocional. De acuerdo con Suárez et al. (2016) el uso inteligente de las emociones favorece la resolución de problemas, la toma de decisiones, la regulación del comportamiento propio, el alcance de logros personales y profesionales, el desempeño social exitoso y sentimientos de satisfacción ante la vida. Además, los autores reportan el rol de la inteligencia emocional como el principal factor protector contra la ideación suicida e intentos de suicidio en la adolescencia y adultez temprana. Estos estudios han logrado demostrar cómo la aparición de ideas y comportamientos suicidas se encuentran relacionadas con limitaciones en las habilidades emocionales de los jóvenes para tolerar la experiencia de emociones negativas, dificultades para recuperarse de episodios de estrés emocional y escasas estrategias para afrontar las adversidades.

Si bien es difícil conocer si una persona presenta ideación suicida o predecir si alguien va a suicidarse, el identificar aquellos factores que aumentan las posibilidades de que esto suceda permite actuar de manera temprana; del mismo modo, el tomar en cuenta los factores protectores que, por el contrario, decrementan estas posibilidades, son un elemento a considerar en cualquier interés orientado a la prevención de dicho fenómeno.

Capítulo II. Depresión

2.1 Definición.

A lo largo de la vida el ser humano se enfrenta a situaciones psicosociales y eventos estresores que exigen habilidades de afrontamiento de su parte y que, al no contar con ellas, según Zamora (como se citó en Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano, 2004), la persona puede progresivamente ser vulnerable al pensamiento depresivo. En los últimos años, la depresión ha sido catalogada como uno de los problemas que más sufrimientos causa en las personas y que en distintos grados afecta a un porcentaje muy alto de la población sin diferencia de género, edad, nivel socioeconómico, convirtiéndola en uno de los principales motivos de consulta clínica (Arrivillaga et al., 2004). Rosas y López (2011) reportan que debido al número de días que las personas pueden verse afectadas por la depresión, esta ocupa el cuarto lugar mundial entre las enfermedades discapacitantes y se estima que para el 2020 ocupará el segundo lugar. De ahí que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la contemple como un problema de salud pública cuya atención es prioritaria.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) IV, la depresión se caracteriza por la pérdida de interés y/o del placer en casi todas las actividades que venía realizando el individuo, y que toma en cuenta que estas manifestaciones están presentes por al menos dos semanas para que se pueda establecer el diagnóstico. La afectación ocurre entonces en las esferas psíquica, somática y conductual, y se refleja en lo social, donde se pierde el interés de interactuar con el grupo social al que pertenece, y donde se pueden presentar datos principalmente de abatimiento de humor, la aflicción, el pesimismo, la desesperanza y la pérdida de interés (Coffin, Álvarez y Marín, 2011).

La depresión dentro del DSM IV está incluida en la sección dedicada a los trastornos del estado de ánimo. De acuerdo con Soutullo (2005) estos se caracterizan por:

1. Alteraciones en el humor o estado de ánimo: humor triste, deprimido, irritable o eufórico (excesivamente alegre).

2. Alteraciones en otras áreas de la vida, como los pensamientos o cogniciones: ideas de que son inútiles, ideas de culpa, de muerte, de superioridad, etc.

3. Alteraciones físicas: aumento o disminución de la energía, del sueño, del apetito, así como enlentecimiento o aumento de la actividad.

Rosas y López (2011) mencionan que esta clasificación de los trastornos del estado de ánimo se divide en trastornos bipolares, trastornos basados en la etiología (trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias) y trastornos depresivos (depresión unipolar), dentro de los cuales se encuentra, además de la distimia y del trastorno depresivo no especificado, la depresión mayor.

Desde el modelo cognitivo de la psicología, Beck, Rush, Shaw y Emery (2005) postularon tres conceptos específicos para explicar la depresión: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores en el procesamiento de la información (errores cognitivos). Los autores señalan que la tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente se centra en la visión negativa del paciente sobre sí mismo, donde este tiende a subestimarse y/o criticarse con base en sus defectos, a los cuales le atribuye la causa de sus experiencias desagradables; además, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y la felicidad. El segundo componente se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en término de relaciones de derrota o frustración. Por último, el tercer componente se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos, anticipa que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente; por tanto, espera frustraciones y privaciones interminables.

En este sentido, el modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas de la depresión como consecuencia de estos patrones cognitivos negativos. De igual modo, la teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos son lo que los autores llaman “esquemas”, los cuales pueden permanecer ocultos y ser activados por circunstancias similares a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas. Este concepto se utiliza para explicar el por qué el paciente mantiene aquellas actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, a pesar de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida. Este término designa a los patrones cognitivos estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. Así, un esquema representa la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con el que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas; en consecuencia, los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias.

Finalmente, los errores cognitivos hacen referencia a la forma en la que el paciente atiende a la información. Serrano, Rojas y Ruggero (2013) señalan que las personas deprimidas suelen atenderla de manera selectiva, magnificando la información negativa e ignorando o minimizando la positiva; igualmente, los errores y fallas se personalizan y sus efectos negativos se exageran y sobregeneralizan. De esta forma, Beck et al. (2005) mencionan que el paciente depresivo tiende a interpretar sus experiencias en términos de privaciones o de derrotas y como algo fijo e irreversible. Consecuentemente, se considera a sí mismo como un “perdedor” y como una persona predestinada.

2.1.1 Sintomatología depresiva.

Al igual que las enfermedades orgánicas, los trastornos depresivos adoptan diferentes formas dependiendo de múltiples factores (etnia, nivel cultural, personalidad, procesos biológicos, etc.). Ningún síntoma por sí solo garantiza el diagnóstico. Algunas personas depresivas experimentan muy pocos síntomas

afectivos (aunque pueden presentarlos en otra esfera, por ejemplo, motores), otros en cambio pueden mostrar muchos. La gravedad de los síntomas (o nivel de afectación de la persona) varía en cada individuo y a lo largo del tiempo (Álvarez y Gastó, 2008).

Arrivillaga et al. (2004) trabajan con una clasificación de depresión que va desde mínima o leve, pasando por moderada hasta llegar a la depresión severa. Estos tipos se caracterizan por los mismos síntomas cognitivos, conductuales, afectivos y fisiológicos pero diferenciados según la duración y frecuencia de los mismos.

Álvarez y Gastó (2008) señalan que los síntomas de humor anormal (tristeza, desesperanza, apatía, angustia, etc.) son muy comunes en la población general y forman parte del repertorio habitual de comunicación cuando la persona en cuestión sufre alguna situación desventajosa o problemática; sin embargo, los criterios de diagnóstico para la depresión establecen algunos límites (de intensidad y duración) para realizar el diagnóstico diferencial de los motivos de consulta por estos síntomas. Por tanto, para cubrir el criterio de depresión la persona debe presentar algunos de los siguientes síntomas:

- *Tristeza*. El paciente percibe en sí mismo un estado de ánimo progresivamente más bajo, que se establece como franca tristeza. Esta es descrita como un sentimiento distinto al de la tristeza que es consecuencia de una circunstancia vital, como un fallecimiento o una separación afectiva. Este sentimiento se va haciendo cada vez más profundo; al principio puede provocar con frecuencia el llanto, pero, llegado a un punto de gravedad, esta expresión afectiva tiende a desaparecer.

- *Anhedonia*. Es decir, incapacidad de la persona para experimentar placer en situaciones en las que antes de sufrir el episodio depresivo sí podía. El paciente siente cada vez menos interés por sus actividades habituales, tanto laborales como lúdicas o sexuales. Cada vez sale menos de casa y finalmente, presenta una imposibilidad, a veces absoluta, para sentir placer de cualquier tipo.

- *Fatiga*. Para el paciente depresivo el sentimiento de fatiga no es consecuencia de un esfuerzo intelectual o físico; por lo que es permanente y se puede presentar incluso en estado de reposo.

- *Insomnio o hipersomnía*. Casi todos los depresivos sufren, en mayor o menor medida, alteraciones del sueño. La alteración característica es el despertar precoz y la imposibilidad de volverse a dormir. Generalmente, este síntoma se acompaña de ideación depresiva (incluidos los pensamientos suicidas) de madrugada. Por otro lado, la hipersomnía o sensación inapropiada de sueño durante el día la presentan algunos depresivos cuyo cuadro clínico se cataloga de atípico.

- *Agitación o enlentecimiento motor*. El síntoma de lentitud o inhibición (en grado extremo) puede variar durante el día o de día a día. No es raro el cambio motor de la inhibición a la inquietud o agitación en determinados pacientes. En este sentido, la actividad física puede oscilar entre los dos polos extremos: desde la agitación marcada hasta la inhibición más grave.

- *Síntomas somáticos*. Como cefaleas, molestias gastrointestinales, dolor persistente, etc. Rara vez estas molestias se presentan solas sin estar acompañadas de otros síntomas de la esfera afectiva. Además, se pueden manifestar quejas físicas y una disminución a la tolerancia al dolor, donde leves incomodidades son expresadas por el paciente como insoportables.

- *Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones*. Sensación subjetiva y real de los pacientes de no poder hilvanar pensamientos tal y como lo hacían antes de sufrir depresión.

- *Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa*. La devaluación de la autoimagen engloba todas las esferas relacionales; el paciente puede considerarse menos agraciado físicamente, inútil en sus tareas, antipático y desagradable o creer que los demás lo consideran así.

- *Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida o intento de suicidio*. Las ideas de poner fin a la vida son frecuentes en los depresivos. Con la progresiva

ausencia de capacidad para sentir placer y experimentar sentimientos de afecto, la sensación de que *“la vida no vale la pena”* va haciéndose más patente, lo cual conduce a la aparición de ideas de muerte. En ocasiones, los sentimientos de culpa intensos y persistentes también desempeñan un papel importante en los deseos de muerte.

- *Pérdida/aumento de peso o cambio en el apetito.* La anorexia es característica en los episodios depresivos, acompañada o no de pérdida de peso. No obstante, en algunos subtipos clínicos de depresión, se evidencia una bulimia, es decir, ingestas de alimentos compulsivas y en cantidades excesivas cada vez, pero no de forma continuada durante todo el día. Esta pauta alimentaria suele presentarse en pacientes muy jóvenes.

Los autores también mencionan que algunos de estos síntomas son característicos de determinados subtipos de depresión. De igual modo, Rosas y López (2011) señalan que de estos síntomas quedan excluidos aquellos que se deben a efectos fisiológicos resultado de una enfermedad crónica o del consumo de una sustancia; así como los generados por la presencia de un duelo después de una pérdida reciente (últimos dos meses) de un ser querido.

Rosas y López (2011) también refieren que el diagnóstico de un trastorno depresivo no debe tener en cuenta únicamente el número de síntomas, sino interesarse igualmente por su duración, su carácter permanente y la capacidad del sujeto para no resultar *desbordado* emocionalmente y encontrar defensas adaptativas a la gravedad y a la historia general del trastorno. Asimismo, consideran que aun cuando una persona presenta una puntuación elevada en una escala de evaluación del humor, eso no significa que obligatoriamente sufrirá de un episodio depresivo. A la inversa, en la población general, algunos pacientes escapan a la detección precoz porque niegan sus síntomas o les cuesta expresarlos. De ahí la dificultad para realizar estudios, para formular un diagnóstico o para prescribir un tratamiento ante manifestaciones menores.

Por otro lado, Marrón (2015) indica que la depresión afecta la actividad intelectual, física, social y ocupacional de la persona; así como las labores escolares en el caso

de los estudiantes, pues puede generar una disminución en su rendimiento académico, sobre todo cuando el estado depresivo permanece a largo plazo. En concordancia con ello, González, Delgado, Escobar y Cárdenas (2014) reportan que la depresión dificulta el rendimiento en tareas que requieren atención dividida, memoria de trabajo, adecuada y rápida recuperación de la información, y la toma de decisiones. En consecuencia, el bajo rendimiento académico puede representar un signo que indica que el estudiante probablemente se encuentre deprimido. Además, Coffin et al. (2011) aluden que cuando un alumno no asiste a clases en reiteradas oportunidades (por síntomas físicos), fracasa ante los exámenes (por incapacidad de concentrarse adecuadamente) o tiene periodos de deserción y retorno a la universidad (afectación desfavorable en su vida académica) también pueden ser otros signos importantes en la población estudiantil.

2.2 La depresión en universitarios.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas (OMS, 2018b). En México, el Boletín UNAM informó en el 2018 que especialistas de esta casa de estudios mencionan que, en el país, aproximadamente 2.5 millones de jóvenes de entre 12 y 24 años presentan depresión, la cual es considerada dentro de los principales padecimientos que se surgen durante dicha etapa.

Por tanto, los jóvenes representan una población de riesgo ante la depresión y los universitarios son parte de ella; pues Riveros, Hernández y Rivera (2007) señalan que varios estudios reportan que la frecuencia de los cuadros depresivos es mayor en la población estudiantil que en la general. Amézquita y González (como se citó en Ferrel, Barros y Hernández, 2011) refieren que el ámbito universitario, por sus características complejas que exigen nuevas formas de comportamiento para enfrentar situaciones novedosas, existen una serie de factores estresantes que pueden generar depresión. Por su parte, Marrón (2015) indica que, en los estudiantes, la depresión está a la orden del día en cada etapa de su carrera universitaria, amenazando con invadir su mente cada vez que el estudiante fracasa o comienza a compararse demasiado con las demás personas en su entorno, cuestionando su propio potencial al punto de temerle al futuro,

evadiendo los obstáculos que se presentan en su carrera, a veces recurriendo a la deserción e incluso al suicidio.

En este sentido, la escuela representa un ambiente sumamente influyente en la vida de los adolescentes. Tal es así que Osornio y Palomino (2009) aluden que estos jóvenes pasan gran parte de su tiempo en la escuela, que los éxitos o fracasos obtenidos en esta área facilitan (en gran medida) la imagen de competencia e incompetencia que adquiere de sí mismos.

Ante esto, distintas investigaciones han tenido por objetivo identificar la prevalencia de depresión en este colectivo. Gutiérrez et al. (2010) aplicaron la Escala de Depresión de Zung a 1 344 universitarios colombianos y encontraron que el 3.2% de la muestra presentó depresión severa, el 14.2% moderada y el 29.9% leve. Del mismo modo, Arrieta, Díaz y González (2014) administraron el Cuestionario de Goldberg (E.A.D.G.) a 973 estudiantes de una universidad pública de Cartagena, Colombia y reportaron que el 75.4% de la muestra presentaba sintomatología depresiva. Igualmente, Ferrel et al. (2011) realizaron un estudio en Colombia con 2 075 estudiantes de medicina, psicología, odontología y enfermería, quienes respondieron el Inventario de Depresión de Beck. Se halló que el 52% de la población sufría de algún grado de depresión, ya que el 8% presentó síntomas de depresión grave, 19% moderada y 25% leve. Además, los autores identificaron que, de los programas académicos de ciencias de la salud estudiados, el que mostró un mayor porcentaje de depresión fue el de medicina.

En Lima, Perú, Pereyra et al. (2010) aplicaron la Escala de Depresión de Zung a 590 universitarios de las carreras de medicina, nutrición, odontología y terapia física; y se encontró una prevalencia de síntomas depresivos en 31.2% de la población total. Siendo dicha prevalencia mayor en los estudiantes de medicina (33.6%). En cuanto a México, Marrón (2015) diseñó un cuestionario *Ad Hoc* tipo Likert, el cual fue respondido por 150 universitarios de Tijuana, Baja California. Los resultados mostraron que el 10% de la muestra presentó depresión alta, el 25% depresión media y el 32.5% depresión baja.

En el 2015, Soria, Ávila y Sandoval aplicaron el Inventario de Depresión de Beck a 100 estudiantes de cada una de las siguientes carreras: arquitectura, medicina, enfermería y ciencias de la comunicación. De acuerdo con los datos obtenidos, se observó que la mayoría de los y las participantes de la muestra total no presentó sintomatología depresiva; sin embargo, se detectaron pocos casos graves en algunos estudiantes de arquitectura y en algunas alumnas de medicina. Por su parte, Coffin, Álvarez y Marín (2011) con el objetivo de conocer la prevalencia de depresión en estudiantes de todas las carreras de la FES Iztacala, aplicaron el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Orientaciones Suicidas. Los hallazgos revelaron que el nivel moderado de depresión se muestra con mayor prevalencia en medicina y biología.

Asimismo, Osornio, García, Méndez y Garcés (2008) llevaron a cabo un estudio con 252 alumnos de primer semestre de medicina de la FES Iztacala, quienes respondieron la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Los resultados mostraron que el 29.8% de la población presentó sintomatología depresiva. Por otro lado, Fouilloux et al. (2013) emplearon el Inventario de Depresión de Beck y la Subescala de Depresión de la Lista de los 90 Síntomas (SCL-90) para identificar la prevalencia de depresión en 896 estudiantes de medicina. Los datos reportaron que el 23% de esta muestra calificó con síntomas depresivos en ambos instrumentos. A su vez, Guerrero et al. (2013) utilizaron el CES-D para identificar síntomas depresivos en 455 universitarios de la Facultad de Medicina de la UNAM. Se encontró que el 39.3% de los alumnos presentaron síntomas depresivos.

A partir de estos trabajos realizados por diversos autores, se puede observar que los estudiantes de medicina son un grupo altamente en riesgo de padecer depresión. Tal es así que Pereyra et al. (2010) con base en su investigación pueden considerar que aproximadamente tres de cada diez estudiantes de medicina presentan síntomas depresivos. Ellos atribuyen esto a que probablemente la carrera demanda constantes y mayores exigencias académicas que pueden afectar la salud mental del individuo. Además, Riveros et al. (2007) señalan que, dentro de la población estudiantil, la

depresión predomina en estudiantes de licenciaturas “difíciles”, entre las que se encuentra medicina.

Coffin et al. (2011) mencionan que la carrera de medicina es catalogada como “difícil” por las características de la vida académica y los factores asociados a ella; ya que el estrés al que se ve sometido un estudiante de esta licenciatura durante su adiestramiento es obligatoriamente alto, por lo que algunas veces, las exigencias diarias pueden sobrepasar su capacidad de afrontamiento, lo que los vuelve susceptibles de presentar alteraciones en su salud mental, entre ellas la depresión.

Esto adquiere una especial importancia debido a todo lo que conlleva, González, Delgado, Escobar y Cárdenas (2014) indican que estos altos niveles de estrés y depresión en estudiantes de medicina tienen implicaciones importantes que se extienden más allá de la educación médica, pues se ha observado que los profesionales de esta rama de la salud presentan tasas de suicidio más altas que la población general y otros profesionales, y cada vez son más frecuentes las publicaciones acerca del síndrome de agotamiento (*burnout*) no sólo entre estudiantes de medicina, sino entre los médicos. Lo cual no sólo afecta en la calidad de vida de esta población sino también en su desempeño profesional dentro del ámbito de la salud, lo que puede tener repercusiones tanto para la persona como para sus pacientes. Por lo cual, la identificación de factores propios de la licenciatura como de aquellos ajenos a la misma facilitan el entendimiento de este fenómeno y la creación de propuestas que ayuden a disminuir su prevalencia.

2.3 Factores asociados con la depresión.

El psiquiatra Alain Gérard (2012) refiere que cuando pequeños o grandes acontecimientos de la vida desestabilizan nuestro equilibrio, donde las condiciones del entorno se deterioran y/o el nivel de estrés aumenta, debemos afrontar esa crisis y adaptarnos a las nuevas condiciones. Estos acontecimientos pueden ser de índole psicológica, sociológica o biológica. Los cuales requieren ser afrontados por la persona; no obstante, si esta no se adapta de la mejor manera a las mismas podría estar en riesgo de presentar depresión. Ante esto, el autor precisa que dicho riesgo

está ligado a factores contextuales particulares, dado que todo el mundo no es capaz de pedir ayuda en una etapa difícil, pues hay unos que se adaptan mejor a una nueva situación que otros, hay unos que soportan la adversidad en tanto otros no y hay quienes pueden exponerse con más frecuencia a situaciones desfavorables en comparación con otros.

Por tanto, el que cada persona reaccione de manera diferente ante un mismo evento significa que, al igual que en el fenómeno del suicidio, entran en juego un sinnúmero de factores tanto de riesgo como de protección que facilitan o no la aparición de síntomas depresivos. Dentro de estos se encuentra el factor genético; Gérard (2012) señala que estudios con gemelos permiten establecer la existencia de un componente genético dentro de la depresión, debido a que los diagnósticos tienden a concordar más entre los gemelos homocigóticos que entre gemelos heterocigóticos. Del mismo modo, reporta que trabajos basados en la adopción revelan más antecedentes depresivos en los padres biológicos que en los padres adoptivos de las personas deprimidas.

Igualmente, Rosas y López (2011) mencionan que una historia de depresión en familiares cercanos es un riesgo genético para padecerla. Sin embargo, no sólo depende de un componente genético ya que se ha observado en estudios como en el de Arrieta, Díaz y González (2014), que hay personas que presentan sintomatología depresiva pese a no tener antecedentes de depresión en su familia. De esta forma, aspectos biológicos, sociológicos y psicológicos toman un papel importante.

En cuanto a lo biológico, Gérard (2012) alude que detrás de la depresión suelen encontrarse enfermedades orgánicas crónicas, invalidantes y/o dolorosas, afecciones endocrino-metabólicas, enfermedades neurológicas centrales y efectos secundarios de un medicamento. Además, incluye la influencia de ciertas características neuropsicológicas y del consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas que de forma similar provocan estados depresivos. Por su parte, Rosas y López (2011) retoman la clasificación de depresiones endógenas, las cuales son el resultado de factores bioquímicos, es decir, por desequilibrios químicos del cerebro, donde parece ser que la depresión se presenta cuando se interrumpe el diálogo químico entre las neuronas,

ya sea por la escasez de neurotransmisores o por su mal funcionamiento. Siendo la serotonina, la dopamina y la noradrenalina los neurotransmisores más importantes en este fenómeno, pues son los que desempeñan un papel central en la regulación del estado de ánimo.

Respecto a los factores sociológicos, Gérard (2012) indica aspectos como el aislamiento producto del celibato, el divorcio y la viudedad; un entorno profesional de mala calidad, además de las dificultades materiales dadas por la pobreza y precariedad. De acuerdo con Pereyra et al. (2010), el bajo nivel socioeconómico puede implicar ciertos grados de tristeza, niveles altos de estrés, incertidumbre, etc.; por lo que se considera un factor asociado a los trastornos depresivos.

Aunado a lo anterior, Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano (2004) refieren otros factores relacionados con el ambiente familiar, tales como la muerte de un ser querido, la separación de los padres, los antecedentes de trastornos afectivos en familiares, la muerte parental temprana, el maltrato físico y psicológico, pobre apoyo y ambiente caótico. Al igual que en el suicidio, la funcionalidad de la familia puede representar un factor de riesgo para la depresión; empero, también puede fungir como un aspecto protector. Gérard (2012) informa que la buena integración familiar es uno de los elementos que facilitan la adaptación ante acontecimientos desestabilizadores y/o estresantes.

El apoyo familiar implica un intercambio recíproco y voluntario de recursos, habilidades y servicios para un beneficio mutuo; cuando la demanda de apoyo familiar, ya sea de tipo económico, de cooperación o de afecto, supera las posibilidades que ofrece el grupo familiar, el joven puede volverse vulnerable ante las situaciones que le exigen esfuerzo y se le dificulta aceptar los retos, su estado de ánimo puede deprimirse y afectar su desempeño social o académico (Arrieta et al., 2014). En este sentido, Beck, Rush, Shaw y Emery (2005) consideran que un sistema de apoyo sólido puede servir para proporcionar muestras de aceptación, respeto y afecto que neutralicen la tendencia de la persona a subestimarse.

En general, el apoyo social constituye uno de los factores protectores más investigado en la actualidad y con resultados más positivos para aumentar la resistencia del individuo ante las transiciones de la vida, los estresores diarios, las crisis personales y en el momento de adaptación o ajuste a las enfermedades (Feldman et al., 2008).

Asimismo, existen factores individuales que facilitan la aparición de síntomas depresivos. Álvarez y Gastó (2008) señalan que el sexo de la persona toma un papel importante, dado que las mujeres son más propensas a padecer algún trastorno depresivo, donde la relación con estos es del doble en la mujer que en el hombre. Arrieta et al. (2014) mencionan que en la literatura se han identificado un conjunto de factores que pueden explicar el predominio femenino en los trastornos de depresión, como la influencia de factores socioculturales (mayor disposición y facilidad de las mujeres a reportar y admitir sentimientos depresivos), biológicos (predisposición genética, hormonas sexuales, determinantes neuropsicológicos) y la forma de expresión de los trastornos depresivos en hombres.

Por otro lado, Gérard (2012) también cita los duelos y los abusos sexuales sufridos en la infancia o en la adolescencia como algunos factores asociados. De igual manera, Arrivillaga et al. (2004) han encontrado una relación directamente proporcional entre la frecuencia de consumo de alcohol y el nivel de depresión, donde a mayor frecuencia de consumo, mayor la severidad del estado depresivo. A su vez, Rosas y López (2011) aluden que problemas con el abuso de sustancias (alcohol, marihuana, etc.) a menudo acompañan o preceden a la depresión.

Además, Arrivillaga et al. (2004) agregan que las personas que tienen una pobre opinión de sí mismos, que constantemente se juzgan a ellas mismas o al mundo con pesimismo y/o que se dejan embargar por las presiones, están propensas a la depresión.

Todos estos factores previamente mencionados representan acontecimientos a los que la población en general se encuentra expuesta y que la hace susceptible de presentar depresión. No obstante, el interés aquí está centrado en el colectivo

conformado por los jóvenes universitarios, quienes son un grupo vulnerable ante este padecimiento, pues no sólo se ven expuestos a estos estresores de la vida cotidiana sino también a los propios de una carrera universitaria, donde se encuentran una serie de factores de riesgo asociados a la depresión.

2.3.1 Factores de riesgo en el ambiente universitario.

La principal causa de la depresión es el estrés y puede desencadenarse a partir de cualquier cambio drástico en la vida normal y habitual, incluso si el cambio es elegido, como es el caso de una carrera universitaria (Coffin, Álvarez y Marín, 2011). Como bien se mencionó en el apartado anterior, el ingreso a la educación superior conlleva cambios significativos en los estudiantes, a los cuales debe saber adaptarse para evitar dificultades a lo largo de su trayectoria escolar. Coffin et al. (2011) reportan que, durante esta etapa, los alumnos tienen que enfrentarse a una gran cantidad de estresores psicosociales, tales como el desarraigo, vivir solos, carecer de apoyo económico, el reto que implica tener calificaciones satisfactorias y la incertidumbre del futuro; y son todos estos factores los que aumentan el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo.

Igualmente, Osornio y Palomino (2009) refieren que las relaciones con los docentes (manejo de autoridad, estilo docente, dificultad en la intercomunicación, inequidad en la evaluación, metodología del docente), la sobrecarga de asignaturas, los horarios y la deficiencia en los métodos de estudio del alumno pueden coincidir con la depresión.

Por otro lado, autores como Fouilloux et al. (2013) han encontrado una asociación entre síntomas depresivos y un menor rendimiento escolar. Tal es así que en el estudio realizado por Marrón (2015) con universitarios de Tijuana, se encontró que de los estudiantes que tenían bajo rendimiento académico el 42.9% presentó sintomatología de depresión alta, el 28.6% de depresión media y 28.5% de depresión baja. Por el contrario, el 50% de los alumnos que se identificaron con un nivel alto de rendimiento académico mostraron un estado de salud mental estable. Estos datos le permitieron a la autora confirmar la hipótesis de que la depresión tiene influencia sobre el rendimiento académico. Del mismo modo, Serrano, Rojas y Ruggero (2013) hallaron

en una investigación con 218 alumnos de la Universidad Autónoma del Estado de México, que la depresión estaba asociada al bajo rendimiento escolar en más de la mitad de la muestra, lo cual indica que la depresión podría ser la causa del bajo rendimiento académico, dado que los síntomas depresivos interfieren en la actividad intelectual generando el fracaso escolar. Por su parte, Gutiérrez et al. (2010) identificaron esta misma relación entre la severidad de la depresión y las dificultades académicas en una población de 1 344 universitarios colombianos, donde el 92.9% de los estudiantes con depresión severa tenían problemas académicos moderados o severos.

Hazell (como se citó en Collogo y Campo, 2006) reporta que la dificultad para concentrarse, síntoma de la depresión, puede interferir con la capacidad para resolver en forma favorable las exigencias de las tareas escolares cotidianas. Lo que repercute en el desempeño del estudiante. Osornio y Palomino (2009) señalan que este está indiscutiblemente ligado al estado emocional de los estudiantes, ya que un alumno que pasa por estados de depresión, no se encuentra en condiciones óptimas para la adquisición de nuevos aprendizajes; por lo que el detectar oportunamente signos de alerta que pudieran conducir a la depresión en los alumnos, contribuiría al incremento de su rendimiento académico.

Sin embargo, la depresión no sólo funge como causa de los problemas escolares, sino que también puede representar un efecto de los mismos, pues si bien la depresión produce dificultades académicas, estas a su vez podrían facilitar la aparición de sintomatología depresiva. Pese a su papel como causa o efecto, es evidente que la depresión y el bajo rendimiento académico son factores que se encuentran asociados.

Por otro lado, Pereyra et al. (2010) resaltan la influencia que tiene la satisfacción de la carrera elegida, ya que, en su estudio con universitarios de Perú, encontraron que el 42% de los alumnos que no están conformes con la carrera que estudian presentaron mayor prevalencia de síntomas depresivos. En relación con ello, Osornio y Palomino (2009) mencionan que la satisfacción por la carrera elegida parece ser un factor de importancia que se relaciona con la prevención de la depresión; debido a que el estudiante que cumple con sus expectativas académicas y personales fortalece su

autoestima y estará en condiciones de alcanzar un estado de bienestar psicológico, biológico y social.

De forma similar, se han citado otra variedad de situaciones estresantes que incrementan el riesgo de presentar depresión, tales como la competitividad entre compañeros, las expectativas sobre el futuro, las decisiones relacionadas con la promoción del estudiante (Gutiérrez et al., 2010), la sobrecarga de información y conocimiento adquirido, el tener una titulación universitaria previa que no promueve la inserción profesional, la falta de tiempo libre, las presiones familiares, las relaciones interpersonales en el ambiente académico, las dudas sobre la correcta toma de decisiones (seguir estudiando, buscar trabajo, etc.) (Sánchez, Muela y García, 2014), el elevado costo de los estudios, el mercado laboral limitado (Riveros, Hernández y Rivera, 2007), el dedicar tiempo para trabajar con el objetivo de solventar y continuar sus estudios o contribuir con el sustento económico de su hogar (Legua y Arroyo, 2011), la demanda académica, la limitación de la vida social, el exceso de trabajo (Vargas, Ramírez, Cortés, Farfán y Heinze, 2011), menos horas de sueño, la asunción de otras responsabilidades personales y los problemas de adaptación a la universidad, a otra ciudad y a otras familias así como la separación de la familia de origen (González, Delgado, Escobar y Cárdenas, 2014). Legua y Arroyo (2011) además han encontrado que un alto porcentaje de estudiantes viven solos o con algún otro familiar, lo que asegura un distanciamiento de vínculos con el núcleo familiar, representando de este modo una causa de depresión en universitarios, debido al carecimiento del apoyo afectivo y emocional que brindan los padres; lo cual avala que el soporte social brindado por la familia es un factor protector ante la depresión.

2.4 Depresión y conducta suicida.

En el capítulo anterior se mencionó que la depresión suele relacionarse frecuentemente con la conducta suicida, tal es así que para Aarón Beck (como se citó en Ortega, 2018) el suicidio forma parte de un contexto más amplio de la depresión. De acuerdo con su teoría cognitiva, los individuos elaboran categorías mentales en función de sus experiencias, con las cuales los individuos perciben, estructuran e interpretan la realidad. Las categorías distorsionadas (imágenes distorsionadas de la

realidad) generan depresión, la cual provoca conducta suicida. Además, Beck sostiene que los pacientes con tendencias suicidas muestran pensamientos negativos y creencias disfuncionales.

Ante esto, Medina, Herazo, Barrios, Rodelo y Salinas (2017) reportan que la depresión es uno de los factores con mayor prevalencia y presencia en la conducta suicida. Por su parte, Coffin, Álvarez y Marín (2011) aluden que la conducta e ideación suicida es uno de los síntomas más serios de la depresión mayor. A ello, Sánchez, Muela y García (2014) añaden que los universitarios son un colectivo de riesgo para el suicidio, puesto que en esta población se ha detectado una alta prevalencia de depresión y desesperanza, producto de las constantes y frecuentes situaciones a las que se ven sometidos.

En el estudio de Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano (2004) con 4 421 estudiantes de una universidad de Colombia, a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Depresión de Zung; se encontró que 218 de estos alumnos presentó depresión y que el 100% de los jóvenes ubicados en el nivel de depresión severa manifestaron haber tenido intentos de suicidio. Asimismo, se identificó que la planeación suicida estaba presente en los tres niveles (leve, moderada y severa) de depresión evaluados. Por otro lado, en el trabajo de Pérez et al. (2010) con estudiantes de educación media superior, se concluyó que la población que mostró sintomatología depresiva tiene cinco veces más posibilidades de presentar ideación suicida.

De igual manera, los resultados del estudio de Córdova, Cubillas y Román (2011) con estudiantes de bachillerato mostraron que la depresión es uno de los indicadores del inicio de un proceso de suicidio potencial, en los que independientemente de su intensidad pueden conllevar a una seria ideación y ejecución del acto suicida. Cuesta-Revé (2017) también cita el estudio de Cubillas, Román, Valdés y Barreras en el estado de Sonora, donde participaron 1 358 estudiantes de ambos sexos de entre 15 y 19 años, en el cual se encontró que la depresión apareció en el 67.3% de quienes habían intentado suicidarse y en 81.1% de quienes manifestaron ideas suicidas.

Hidrobo (2015) indica que la depresión es un estado que puede llevar a los jóvenes a cometer intento de suicidio y finalmente su consumación, ciertas veces sin intención de lograrlo, pues luego sólo llevan a cabo estas conductas con el fin de llamar la atención de su familia o amigos, que son el factor agresor en algunas ocasiones, sentimiento que esconden silenciosamente con odio y resentimiento. Estos sentimientos ocultos son un importante foco de interés, dado que como indica Quintanar (como se citó en Cuesta-Revé, 2017), también puede ocurrir depresión enmascarada manifestada por actividad intensa y una alegría superficial o no auténtica que muestra erróneamente la ausencia de problemas. Empero, cuando los suicidas potenciales emiten señales de sus intenciones y perciben cercanía de personas en su entorno, sus intentos podrían no ser letales.

En este sentido, Rosas y López (2011) mencionan que la depresión es la principal causa de suicidio en todas las edades, pero la mayoría de los suicidios se pueden prevenir, por lo que los padres no deben subestimar la intensidad de la depresión y de las ideas suicidas de sus hijos.

Capítulo III. Bienestar psicológico

3.1 Bienestar psicológico y bienestar subjetivo.

El tema del bienestar humano es algo que preocupa a la humanidad desde que emerge como tal; el ser humano busca la satisfacción de sus necesidades como todo ser vivo; sin embargo, la conciencia de sentirse feliz es algo específico de la especie humana (Oramas, Santana y Vergara, 2006). No obstante, históricamente el foco de las intervenciones en áreas relacionadas con la salud se ha centrado más en la reducción del dolor, el sufrimiento y carencias que en el desarrollo de las capacidades individuales y colectivas (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009). Gómez-Bustamante y Cogollo (2010) señalan que los profesionales de la salud tienden a restar importancia al abordaje de los factores protectores de la salud mental y se centran más en los factores de riesgo.

En el ámbito de la Psicología, Vázquez et al. (2009) refieren que en las últimas décadas se ha puesto mayor énfasis en el estudio de los estados psicológicos positivos como factores protectores de la salud física y mental, pues se ha visto que dichos estados no sólo forman parte integral de la salud, sino que pueden tener influencia en la aparición de enfermedades y problemas físicos, así como en los procesos de recuperación. Siendo la Psicología Positiva la encargada de estos estudios. Seligman y Csikszentmihalyi (como se citó en Navascués, Calvo-Medel y Bombin-Martín, 2016) han definido a la psicología positiva como el estudio científico de las experiencias positivas, de los rasgos individuales positivos que facilitan su desarrollo y de los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos además de prevenir y/o reducir la incidencia de la psicopatología. Todas estas características son contempladas por los autores como recursos personales y factores de protección frente al estrés para superar las situaciones de crisis y ayudar en el crecimiento y madurez de la persona.

Asimismo, Seligman y Csikszentmihalyi (como se citó en Chávez, 2016) mencionan que el concepto de bienestar deriva de la psicología positiva, la cual también plantea que el objetivo principal de estudio se debe centrar básicamente en

las cualidades positivas que tiene el ser humano, como la resiliencia, la fortaleza y la virtud, y en lograr un cambio para que las personas tengan una mejor calidad de vida.

Las definiciones de bienestar en la literatura no resultan del todo explícitas puesto que comúnmente están ligadas a los instrumentos utilizados para su medición. Pese a ello, se le puede caracterizar a partir de tres elementos: su carácter subjetivo, que descansa sobre la propia experiencia de la persona; su dimensión global, porque incluye la valoración del sujeto en todas las áreas de su vida; y la apreciación positiva, ya que su naturaleza va más allá de la mera ausencia de factores negativos (Diener; como se citó en Zubieta, Fernández y Sosa, 2012).

Por lo general, el estudio del bienestar suele ser abordado desde dos perspectivas distintas: la hedónica y la eudaimónica. Por un lado, la hedónica entiende el bienestar como la consecución de la felicidad maximizando el placer y disminuyendo el dolor (Navascués et al., 2016). Tal es así que Vázquez et al. (2009) reportan que la idea básica de esta perspectiva es que el objetivo de la vida es experimentar la mayor cantidad posible de placer (orientado al disfrute y las actividades nobles) y, por tanto, la felicidad es entendida en cierto sentido como la suma de momentos placenteros. A partir de esto, García-Alandete (2013) indica que en la actualidad la hedónica es asociada al *bienestar subjetivo*, entendido en términos de ausencia de emociones negativas, experiencia de emociones positivas y satisfacción vital.

Por otro lado, la eudaimónica propone que el bienestar es la consecución de los potenciales humanos, la realización de la verdadera naturaleza de uno mismo (Navascués et al., 2016). Waterman (como se citó en Vázquez et al., 2009) refiere que la concepción eudaimónica establece que el bienestar se encuentra en la realización de actividades congruentes con valores profundos y que suponen un compromiso pleno, con el que las personas se sienten vivas y auténticas. De acuerdo con García-Alandete (2013), esta concepción se asocia al *bienestar psicológico*, dado que la eudaimónica sostiene que la felicidad está formada por un conjunto de variables como la autodeterminación, el logro de metas, el sentido de la vida, la actualización de los potenciales personales y la autorrealización.

De igual manera, Díaz et al. (2006) han aludido al término *bienestar psicológico subjetivo* (BPS), que es concebido como el resultado de la integración de estas dos tradiciones conceptuales. En este sentido, Vázquez et al. (2009) citan a Seligman con respecto a que ambas perspectivas pueden considerarse diferentes “vías hacia la felicidad”; puesto que mientras la concepción eudaimónica se centra en el contenido de la propia vida y en los procesos implicados en vivir bien; la hedónica enfatiza en el resultado específico, concretamente en conseguir la presencia de afecto positivo y una sensación global de satisfacción con la propia vida. En consecuencia, los autores convergen en la importancia que tiene el bienestar en la satisfacción psicológica, así como en la salud física, independientemente de si este es evaluado desde una perspectiva eudaimónica o hedónica, debido a que el bienestar parece tener un papel en la prevención y en la recuperación de condiciones y enfermedades físicas, permitiendo incluso incrementar la esperanza de vida.

3.2 Modelo de Ryff sobre bienestar psicológico.

Carol Ryff es una de las autoras más importantes dentro de la perspectiva eudaimónica, ha argumentado que las medidas del bienestar han adolecido históricamente de una escasa base teórica y han olvidado importantes aspectos del funcionamiento positivo (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009). Ryff (como se citó en Castro, 2009) critica los estudios clásicos sobre satisfacción diciendo que en general se ha considerado al bienestar psicológico como la ausencia de malestar o de trastornos psicológicos, ignorando las teorías sobre la autorrealización, el ciclo vital, el funcionamiento mental óptimo y el significado vital. A partir de ello, la autora ofrece una interesante perspectiva uniando dichas teorías y así enfatiza en la multidimensionalidad del concepto.

Ryff (como se citó en Vázquez et al., 2009) propone el término de *bienestar psicológico* para distinguir su concepción del *bienestar subjetivo* más propio de la concepción hedonista. Por lo que lo define como el desarrollo del verdadero potencial de uno mismo. De esta forma, se entiende que el bienestar psicológico no es el principal motivo de una persona sino más bien el resultado de una vida bien vivida. De

ahí que Ryff (como se citó en Chávez, 2016) lo considere como el resultado de una evaluación valorativa por parte del sujeto con respecto a cómo ha vivido.

Este punto de vista tiene su base en las concepciones filosóficas clásicas del bienestar como virtud, en el sentido de la búsqueda constante de la excelencia personal y que coincide con una concepción normativa que define lo que es bueno, deseable y aceptable, y no la vivencia solamente de sentimientos de alegría (Oramas, Santana y Vergara, 2006). Diener, Suh, Lucas y Smith (como se citó en Velásquez et al., 2008) señalan que, de manera general, puede definirse como un concepto ligado a la percepción subjetiva que tiene un individuo respecto a los logros conseguidos por él, y su grado de satisfacción personal con sus acciones pasadas, presentes y futuras. Por tanto, refleja el sentir positivo y el pensar constructivo de la persona para consigo mismo.

El bienestar psicológico ha centrado su atención en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, concebidas ambas como los principales indicadores del funcionamiento positivo (Díaz et al., 2006). El bienestar psicológico constituye, pues, un indicador positivo de la relación del sujeto consigo mismo y con su medio. Incluye aspectos valorativos y afectivos que se integran en la proyección futura y el sentido de la vida (Oramas et al., 2006).

De acuerdo con Oramas et al. (2006), este constructo fue operacionalizado por Ryff a partir de una encuesta sobre qué entendía por felicidad una muestra de adultos y ancianos, cuyos resultados fueron validados factorialmente y de ellos se derivó una estructura de seis dimensiones: Autonomía, Auto-aceptación, Crecimiento Personal, Dominio del Entorno, Propósito en la Vida y Relaciones Positivas con Otros. Con base en ello, Navascués, Calvo-Medel y Bombin-Martín (2016) mencionan que si bien en el bienestar subjetivo se distinguen tres componentes: la satisfacción con la vida, la frecuencia de afecto positivo y la baja frecuencia de afecto negativo; en el bienestar psicológico se han distinguido estos seis componentes. Los cuales han sido abordados por diversos autores (Contini de Gonzáles, 2006; Díaz et al., 2006; García-Alandete, 2013; Zubieta, Fernández y Sosa, 2012) por lo que pueden ser entendidos de la siguiente manera:

- *Auto-aceptación*. Es uno de los criterios centrales del bienestar. Se refiere a la apreciación positiva que tiene la persona sobre sí misma, a través de autoevaluaciones positivas y del reconocimiento y aceptación de los múltiples aspectos del yo, incluyendo las cualidades tanto negativas como positivas. En este sentido, las personas intentan sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones.

- *Relaciones positivas con otros*. La gente necesita mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar. Este componente alude justamente a la necesidad del sujeto de mantener relaciones interpersonales estables, de calidad, satisfactorias y auténticas; la preocupación por el bienestar de los demás, la capacidad de empatía, afecto e intimidad, y la comprensión de la reciprocidad que exigen las relaciones humanas.

- *Autonomía*. Para poder sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, las personas necesitan asentarse en sus propias convicciones y mantener su independencia y autoridad personal. Por ende, la autonomía se refiere al sentido de autodeterminación e independencia; la resistencia a la presión social para pensar y actuar de determinada manera, la autoevaluación basada en estándares personales, la autorregulación del comportamiento y los sentimientos positivos hacia el crecimiento y la madurez.

- *Dominio del entorno*. Es decir, la habilidad para elegir o crear entornos favorables que satisfagan los deseos y necesidades propias, la capacidad para controlar en forma efectiva el medio y la propia vida, así como el uso competente de los recursos disponibles en el medio. En consecuencia, las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea.

- *Propósito en la vida*. Las personas requieren marcarse metas, definir una serie de objetivos que les permitan dotar a su vida de un cierto sentido; necesitan, por tanto, tener un propósito en la vida. Este hace referencia a la creencia de que la vida tiene propósito y significado y se manifiesta con la capacidad de establecer metas vitales y

sentido de autodirección; persistencia en el cumplimiento de objetivos y la creencia de que la propia vida, tanto pasada como presente, es útil y tiene un sentido.

- *Crecimiento personal*. El funcionamiento positivo óptimo también requiere un empeño por parte de la persona para desarrollar sus potencialidades, por seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades. Es decir, un sentido de autodeterminación, de crecimiento y desarrollo continuo como persona, la autopercepción de expansión personal, la apertura a nuevas experiencias, el sentido de realización del propio potencial, así como cambios en direcciones que indiquen un incremento de autoconocimiento y eficacia.

Vázquez et al. (2009) reportan que cada dimensión del bienestar psicológico supone un reto diferente que encuentran las personas en su esfuerzo por funcionar positivamente. Asimismo, Castro (2009) considera que el estudio del bienestar debe tomar en cuenta cada una de sus dimensiones, dado que este constructo es mucho más amplio que la simple estabilidad de los afectos positivos a lo largo del tiempo, denominado por la sabiduría popular como felicidad.

Para medir estas dimensiones teóricas Ryff desarrolló un instrumento conocido como <<Escalas de Bienestar Psicológico>> (Scales of Psychological Well-Being, SPWB) (Díaz et al., 2006) en el año de 1989. De acuerdo con Vera-Villaruel, Urzúa, Silva, Pavez y Celis-Atenas (2013), la versión original de esta escala cuenta con 120 ítems que evalúan el bienestar psicológico desde una perspectiva multidimensional; la cual además ha sido evaluada en diversos países y distintas muestras, encontrándose adecuados indicadores de confiabilidad y validez.

3.3 Evaluación del bienestar psicológico en jóvenes.

El bienestar psicológico se asocia con la vivencia de experiencias presentes, relacionadas con eventos pasados como fuente de análisis del sujeto sobre lo ya logrado (lo logrado es fuente de bienestar). Por su lado, el futuro imprime direccionalidad a las expectativas, o sea, ayuda a determinar metas y objetivos (Araujo y Savignon, 2018). Seligman (como se citó en García-Alandete, 2014) distingue tres

tipos de emociones positivas relacionadas con la felicidad: las relativas al pasado (satisfacción, complacencia, realización personal, orgullo y serenidad), las relativas al presente (alegría, éxtasis, tranquilidad, entusiasmo, euforia, placer y fluidez) y las relativas al futuro (esperanza, fe, confianza y seguridad).

En la juventud, los proyectos de vida futuros ocupan un importante lugar y determinan el camino a seguir. Estos se vinculan con la autovaloración y con otras formaciones motivacionales complejas de la personalidad (Araujo y Savignon, 2018). Por tanto, se esperaría que la juventud fuera una época donde los jóvenes florecen, se forman para poner en práctica su vocación, emprenden relaciones de pareja más duraderas y significativas y generan un fuerte grupo de apoyo social con sus compañeros. Sin embargo, algunos indicadores de bienestar en la época universitaria pueden verse afectados por la situación familiar que está viviendo el joven, si tanto él como su familia se están adaptando adecuadamente a su nuevo rol, qué tan hábil es socialmente para tener nuevos amigos, iniciar relaciones amorosas o trabajar con los compañeros de equipo. (Santillán, Espinosa, Sandoval y Eguiluz, 2017). Araujo y Savignon (2018) mencionan que la motivación profesional en la época universitaria se integra de manera directa con los proyectos de vida futuros, por lo que en mayor o menor medida tienen importancia las afectaciones en la esfera estudiantil para el joven, lo que puede influir en su bienestar psicológico, en la satisfacción con su vida, su crecimiento como persona y su orientación temporal hacia el futuro.

Aunado al papel que pueda tener el ámbito académico sobre el bienestar psicológico de los jóvenes, se añade lo referente a las situaciones propias de esta etapa. Ryff y Singer (como se citó en Santillán et al., 2017) señalan que el bienestar está profundamente influenciado por el contexto que rodea la vida de las personas y de las oportunidades de autorrealización, las cuales no suelen estar igualmente distribuidas para cada grupo etario. Con base en algunas de las dimensiones de la escala de Ryff situadas en el contexto de los jóvenes en México, Santillán et al. (2017) indican que el Propósito en la Vida es a veces difícil de encontrar en un mundo que parece sin sentido y horrorífico, y que mejor ejemplo que el caso de los jóvenes mexicanos quienes cuentan con pocas oportunidades de estudio, empleo, acceso a la

cultura de forma gratuita, así como muchas formas de involucrarse en el crimen organizado, en el consumo de sustancias y en otras conductas de riesgo. Con respecto a la Autonomía, se alude que es una de las dimensiones más occidentales, aunque en México tal vez haya que hacer una reflexión adicional, pues la cultura mexicana tiende a ser una cultura colectivista, que se caracteriza por la socialización y el importante papel que tienen las familias en las vidas de las personas. No obstante, los jóvenes universitarios en esta etapa quieren diferenciarse de sus familias y ser más autónomos e independientes.

Dada la influencia que pueda tener el contexto social y el ámbito universitario sobre el bienestar psicológico de los jóvenes, es por lo que algunos autores han realizado estudios para identificar el nivel de bienestar en esta población. Tal es el caso de Cornejo (2005), quien trabajó con 82 universitarios de primer año de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de San Luis. Se les aplicó la Escala de Bienestar Psicológico (E.B.P.) de José Sánchez Cánovas y se encontró que el 12% de la muestra presentó un nivel alto de bienestar, el 72% un nivel medio y el 16% un nivel bajo; lo que indica que la mayor parte de los participantes presentaron un nivel medio de satisfacción en sus vidas, mientras que un porcentaje menor conciben como muy satisfactorias o poco satisfactorias sus experiencias vitales.

García-Alandete (2013) analizó las diferencias de bienestar psicológico en función del género y la edad, en un grupo de 180 universitarios españoles. Se administró la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y se observó que los participantes de 30 a 35 años puntuaron significativamente más alto que los de 18 a 29 años en las dimensiones de Auto-aceptación, Dominio del Entorno, Crecimiento Personal y Propósito en la Vida. De acuerdo con el autor, estas dos últimas dimensiones son las más eudaimónicas del modelo de Ryff, es decir, las que más contribuyen a una vida con sentido, orientadas al incremento de la competencia, el logro de metas y el desarrollo personal, con lo que no resulta extraño que la madurez mantenga con ellas una relación significativa. Los resultados también mostraron que las mujeres alcanzaron puntuaciones medias más altas en Relaciones Positivas, Dominio del Entorno, Crecimiento Personal y Propósito en la Vida, y los hombres en Auto-

aceptación y Autonomía. García-Alandete refiere que estas diferencias, en su conjunto, podrían estar relacionadas con distintas orientaciones axiológicas de hombres y mujeres, estando estas más orientadas hacia la auto-trascendencia, la importancia del bienestar y armonía de (y con) los demás, mientras que los hombres se orientan más hacia la autopromoción, la búsqueda de objetivos y metas individuales, así como al poder sobre personas y recursos.

Por otro lado, Santillán et al. (2017) aplicaron la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff a 777 alumnos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Se encontró que más del 90% de los estudiantes tuvieron puntajes altos en las seis dimensiones de la escala. Asimismo, se observó que la muestra manifestó un mayor puntaje en la dimensión Dominio del Entorno, seguida de Propósito en la Vida y Crecimiento Personal; sin diferencias estadísticamente significativas entre estas dimensiones y las agrupaciones que se realizaron con base al sexo. Empero, se identificó que los hombres presentaron mayores puntajes en la dimensión de Auto-aceptación y Autonomía en comparación con las mujeres que muestran puntajes más altos en Relaciones Positivas, Dominio del Entorno, Propósito en la Vida y Crecimiento Personal; lo que concuerda con los resultados obtenidos por García-Alandete (2013).

Datos similares a los anteriores se observan en el estudio de Zubieta, Fernández y Sosa (2012), quienes aplicaron la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff a una población de 947 argentinos. Las esferas en que mejor se perciben los participantes fueron las de Crecimiento Personal y Propósito en la Vida. Con respecto al sexo, se halló que las mujeres exhiben mayores puntuaciones en las dimensiones de Crecimiento Personal y Relaciones Positivas, mientras que los hombres obtienen medias más elevadas en Auto-aceptación y Autonomía. También se observó que a medida que se cumplen años, aumenta la percepción de mayor Autonomía y mayor Dominio del Entorno. De forma similar, García-Alandete (2013) percibe que con la edad se produce un aumento en las puntuaciones de Dominio del Entorno, Autonomía, Autoaceptación y Relaciones Positivas, especialmente en las dos primeras, y una disminución en el resto de las dimensiones.

A su vez, estas conclusiones son apoyadas por Ryff (como se citó en Santillán et al., 2017), quien ha encontrado que los participantes más jóvenes tienden a presentar mayor Propósito en la Vida y Crecimiento Personal en comparación con los participantes mayores, quienes muestran mayor Autonomía y Dominio del Entorno, puesto que estos últimos se la pasan negociando con los retos y transiciones de la vida, como por ejemplo el cuidado de los hijos o el cambio de domicilio. Al contrario del caso de los estudiantes que ingresan a la universidad, quienes se enfrentan a muchos cambios relacionados con la vida adulta, además de que constantemente están intentando dominar su nuevo medio ambiente. Igualmente, la autora menciona que los estándares de bienestar y el nivel educativo están positivamente asociados con el crecimiento personal y el propósito en la vida, por lo que su nivel de escolaridad podría representar un factor protector de su bienestar. Aunado a ello, Santillán et al. (2017) señalan que pese a las dificultades con las que se encuentren los jóvenes universitarios, muy probablemente presentarán bienestar psicológico, puesto que durante esta etapa suele haber un gran desarrollo de las seis dimensiones propuestas por Ryff.

3.4 El bienestar psicológico como factor protector de la conducta suicida.

Las personas sometidas a situaciones de alta adversidad, fuertemente estresantes y generadoras de desesperanza, pueden caer en un estado de vacío existencial, de depresión noógena, fenomenológica y psicológicamente contraria a la experiencia de logro de sentido, al bienestar y a la felicidad, a la esperanza de un futuro en el que el sentido es una posibilidad y una responsabilidad (García-Alandete, 2014). De acuerdo con García-Alandete (2014), este vacío existencial provoca una actitud pesimista ante la adversidad e incrementa el riesgo de cometer suicidio, pues impide la activación de recursos para la resolución exitosa de cualquier situación problemática.

En este sentido, si se cuenta con un bajo nivel de bienestar psicológico el riesgo de presentar conducta suicida puede aumentar. Tal conclusión es apoyada por ciertas investigaciones que muestran una relación negativa entre ambas variables. Scheinsohn y Dotta (2008) buscaron determinar el tipo de relación existente entre

riesgo suicida y la percepción subjetiva del bienestar psicológico en una muestra de 50 personas de entre 17 y 63 años. Los resultados obtenidos indicaron correlaciones inversas y estadísticamente significativas entre la presencia de riesgo suicida y todas las dimensiones de la Escala de Bienestar Psicológico. Estos datos fueron similares a los encontrados por Chávez (2016), quien identificó la existencia de una relación estadísticamente significativa e inversa (negativa) entre el bienestar psicológico y el riesgo suicida en una población de 152 jóvenes de entre 15 y 17 años. Lo que representa que a mayor bienestar psicológico menor riesgo suicida. De mismo modo, Santillán, Espinosa, Sandoval y Eguiluz (2017) han encontrado que las seis dimensiones de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff están asociadas negativamente con el tener un intento de suicidio previo, siendo la Auto-aceptación la dimensión más asociada. Esto es apoyado en parte por González-Fuentes y Andrade (2013), quienes evaluaron la auto-aceptación como un factor de riesgo del intento de suicidio en 148 adolescentes. Los resultados de su estudio muestran que los predictores de Auto-aceptación para el intento de suicidio son diferentes dependiendo el sexo; ya que en el caso de los hombres que no han intentado suicidarse, aceptar sus aspectos negativos resulta ser un factor protector para evitar el intento suicida. En cuanto a las mujeres, el rechazo personal tiene un impacto significativo en el intento de suicidio, lo que indica que las adolescentes que lo reportan tienen un mayor riesgo.

Por otra parte, y con el objetivo de conocer la incidencia de ideación suicida en estudiantes de odontología, enfermería y psicología, así como el nivel de bienestar psicológico percibido por los mismos; Eguiluz y Mera (2014) llevaron a cabo una investigación con 329 universitarios de primer semestre. Se observó que 50 alumnos obtuvieron puntajes por encima del promedio en las seis dimensiones evaluadas por la Escala de Bienestar Psicológico, lo cual significa que estos jóvenes perciben un alto nivel de bienestar en sus vidas, lo que los hace menos vulnerables al riesgo suicida o depresión. Por el contrario, aquellos 71 estudiantes que en 5 de las 6 dimensiones evaluadas obtuvieron puntuaciones menores al promedio, percibiendo así un nivel de bienestar bajo, se encuentran en posibilidad de sufrir depresión o incluso estar en riesgo suicida.

Considerando esta relación negativa entre el bienestar psicológico y la conducta suicida, es por lo que autores como Eguiluz y Mera (2014) proponen la posibilidad de realizar intervenciones que refuercen las dimensiones del bienestar psicológico para elevar su nivel, y así contrarrestar los datos correspondientes al riesgo de conducta suicida.

Igualmente, González, Montoya, Casullo y Bernabéu (2002) reportan que el bienestar psicológico tiende a ser asociado con estados de humor positivos, alta autoestima y baja sintomatología depresiva. Por tanto, el bienestar funge como un factor protector que favorece el desarrollo de la salud de la persona. García-Alandete (2014) menciona que resultados de investigaciones psicológicas evidencian que el desarrollo del bienestar y la felicidad se relacionan positivamente con la promoción de la salud psicofísica y la prevención de estados o conductas de riesgo, tales como el abuso de tabaco, alcohol u otras sustancias, la violencia, la depresión y el suicidio, entre otras. Asimismo, representa una fuente de resiliencia o capacidad de afrontamiento ante situaciones vitales adversas.

De ahí la importancia de promover el bienestar psicológico en las personas, pues además Casullo y Castro (2000) señalan que diferentes investigaciones han resaltado que aquellos individuos más felices y satisfechos sufren menos malestar, tienen mejores apreciaciones personales, un mejor dominio del entorno y poseen mejores habilidades sociales para vincularse con las demás personas. De acuerdo con Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez (2009), quienes gozan de mayor afecto positivo no tienen tantos conflictos sociales, por lo que el número de estresores con los que tienen que manejar es menor. Aunado a ello, cuando tienen que afrontar situaciones potencialmente estresantes, las personas con más afecto positivo tienen mejores redes sociales en las que apoyarse, así como estrategias de afrontamiento más efectivas, que las llevan a una mayor sensación de ser capaces de afrontar los problemas. En este sentido, la creación y mantenimiento de vínculos sociales resulta un factor protector de la salud. Por su parte, Santillán et al. (2017) aluden que aparentemente, las relaciones sociales son una condición necesaria pero no suficiente para presentar altos niveles de felicidad, en consecuencia, no garantizan la felicidad,

pero tienden a aparecer junto con ella. Por ende, se considera que los programas de intervención deben incluir el fortalecimiento de las redes de apoyo como componente fundamental y protector de la salud física y mental.

De igual manera, se propondría la promoción de factores que han sido asociados con el bienestar psicológico. Zubieta, Fernández y Sosa (2012) reportan que diversos estudios muestran que el realizar actividades de ocio o recreación influye en el bienestar psicológico y social; ya que aquellos que suelen hacer actividades informales o de ocio, como físicas o deportivas (gimnasio, correr, etc.), religioso-espirituales (rezar, orar, asistir a templos) u otras relacionadas con trabajo o estudio y con compartir con seres queridos y amigos, son quienes exhiben mayores niveles de bienestar tanto a nivel psicológico como social. Gómez-Bustamante y Cogollo (2010) señalan que además de los estilos y las estrategias para la resolución de problemas, la alta religiosidad y la familia funcional; la autoestima de la misma forma se relaciona con un mejor bienestar en los jóvenes. Debido a que la autoestima fortalece las expectativas de autoeficacia en el enfrentamiento de diversas situaciones, lo que incide en la motivación de logros, disminuyen la tendencia al fatalismo y la evitación de problemas. Por su parte, Rodríguez (2009) ha encontrado que de modo similar el auto-concepto físico guarda relación positiva con el bienestar psicológico, de tal manera que cuanto más elevado sea el yo-físico percibido, mayor bienestar experimenta la persona e, incluso, menores niveles de ansiedad y depresión. La autora refiere que esta relación auto-concepto físico-bienestar guarda coherencia lógica con la propia naturaleza del bienestar psicológico dado que es un constructo que engloba un juicio acerca de la satisfacción que causa al sujeto determinadas áreas de su vida, entre las que se encuentra la propia persona, es decir, el yo. Por tanto, se presenta al elevado auto-concepto físico como un factor que nos hace propensos al bienestar psicológico.

Con base en ello se puede observar que la promoción del bienestar psicológico y de los factores que facilitan el desarrollo del mismo representa un factor protector importante para la salud física y mental de los jóvenes, así como para evitar o disminuir

la presencia de depresión y/o conductas suicidas en esta población, además de otros comportamientos de riesgo.

Justificación

El ingreso a la universidad trae cambios abruptos en la mayoría de los jóvenes universitarios, por su exigencia en el ritmo de vida y la metodología de trabajo que emplean los docentes (Jara et al., 2008). Murillo y Botero (2005) refieren que los estudiantes tienen dificultades en el paso del bachillerato a la universidad, pues consideran que no se encuentran preparados para asumir las responsabilidades académicas que exige la educación superior. Esto puede generar problemas en la adaptación universitaria que llega a reflejarse en un bajo rendimiento académico, el cual supone que el estudiante no ha adquirido de manera adecuada y completa los conocimientos, habilidades y herramientas necesarias para la solución de problemas referentes a su disciplina.

Bermúdez et al. (2006) sostienen que el pobre desempeño académico puede estar relacionado a distintos factores comunes en la educación superior tales como la deficiente formación en la enseñanza media, niveles de conocimiento inadecuados a las exigencias universitarias, falta de estrategias y técnicas de estudio, etc. Aunados a estos se suman los factores específicos de cada carrera, ya que cada una requiere que el alumnado adquiera ciertos conocimientos y desarrolle determinadas habilidades.

Jara et al. (2008) reportan que la carrera de medicina demanda en sus estudiantes una aplicación con las máximas exigencias, características propias de la profesión. A su vez, Denis et al. (2017) señalan que los estudiantes de medicina se enfrentan a evaluaciones complicadas, altos niveles de competitividad, cargas excesivas de trabajo, pocas horas de sueño e incertidumbre de saber que de su estudio dependerá en un futuro la vida o la salud de una persona; sin mencionar el hecho de que en los períodos finales de preparación (internado de pregrado, servicio social y residencia médica) deben resistir jornadas de trabajo de hasta 36 horas seguidas sin dormir, a expectativas de resultados elevados e, incluso, a situaciones de maltrato físico, psicológico y académico.

Por ende, hacer frente a este tipo de exigencias tiene repercusiones en la salud física y mental de los estudiantes. Dentro de esta última sobresale la sintomatología depresiva, pues como se abordó anteriormente, los universitarios son una población

de riesgo ante la depresión y, específicamente, diversas investigaciones han encontrado que dicho riesgo es más alto en los alumnos de la carrera de medicina. Al ser un colectivo de suma vulnerabilidad, se hace importante evaluar en él síntomas depresivos, puesto que como alude Campos et al. (2005), la identificación temprana de los mismos permite minimizar las posibles consecuencias negativas que pueda tener la depresión sobre el rendimiento académico; el cual puede observarse en la desmotivación, ausentismo, rezago y deserción del estudiante.

En esta línea, no atender a tales efectos puede conllevar a una variedad de implicaciones, pues, por un lado Foulloux et al. (2013) indican que afecta la calidad de vida del alumno así como su desarrollo profesional y académico, pero por otro lado, también representa un problema para la universidad en el sentido de que se destinan recursos que en la mayoría de los casos no se verán reflejados en un aumento en la población de médicos preparados y disponibles para atender las demandas de salud del país. Sin considerar el impacto económico que implican los costes del diagnóstico y el tratamiento.

Además, si la depresión no es tratada desde sus primeras manifestaciones puede volverse crónica y/o causar conductas de riesgo en el joven como es el caso de los trastornos alimenticios, el consumo de drogas y el suicidio. Como lo han demostrado algunos trabajos, la depresión es una de las variables que más se ha asociado con el suicidio, por tanto, identificar sintomatología depresiva en los estudiantes puede constituir un primer paso para la prevención de la conducta suicida.

El suicidio al igual que la depresión, representa actualmente un problema de salud pública que requiere atención prioritaria, especialmente en la población joven. Vázquez et al. (2015) afirman que la conducta suicida desde una perspectiva epidemiológica conforma un problema de salud pública por el impacto que tiene en la morbi-mortalidad de la población joven y económicamente activa, a nivel internacional y nacional. Sumado a las repercusiones que tiene en el individuo, en su entorno social, familiar y escolar, así como en su salud física y emocional. De este modo, la exploración de ideación suicida ayuda a detectar condiciones que pueden ser tratadas o que pueden prevenirse.

A pesar de que existe una amplia literatura con respecto al tema del suicidio en México, Osornio (como se citó en Denis et al., 2017) señala el escaso análisis de esta conducta en estudiantes de medicina, lo que representa una cuestión relevante dadas las situaciones a las que se ven expuestos los alumnos de esta disciplina, tal y como se mencionó con anterioridad; por tanto es importante abordar esta temática ya que: 1) hay que recordar que estamos hablando de futuros profesionales de la salud, por lo que debe haber congruencia entre los servicios que ofrecerán a otras personas y el cuidado hacia su propia salud, sin omitir el hecho de que un descuido a la misma puede tener repercusiones en su desempeño, por ende investigaciones dirigidas a la prevención e intervención temprana de las conductas suicidas puede tener impacto en la salud de los estudiantes y en la de la sociedad en general; 2) porque antes de ser futuros médicos debemos considerar que son jóvenes que están siendo expuestos a distintas exigencias y que en algunos de ellos su respuesta ante estas es a través de la consumación de la vida.

Ante tal paradigma surgió el interés por la presente investigación, la cual pretende brindar información relevante sobre el tema a partir de la propia experiencia de aquellos que han presentado o están presentando algún tipo de conducta suicida. De esta manera se busca que a través de un análisis cuantitativo se dé cuenta de aquellos factores de riesgo y protección, además de las variables asociadas a tal comportamiento, lo que representa un referente para el desarrollo de estrategias preventivas en la comunidad estudiantil en general y para dar elementos de intervención temprana a aquellos que sean identificados con riesgo suicida con el fin de promover un mejor desempeño académico en los estudiantes además de una mejor calidad de vida

Por otro lado, el estudio también intenta ir un poco más allá de la sola presentación de datos estadísticos y complementar estos con el significado y sentido que dan las personas a esta conducta. Pues como menciona Garduño, Gómez y Peña (2011), vale la pena conocer y reflexionar en las causas que llevan a un joven a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de este acto. Son pocos los trabajos que ahondan al respecto, lo que limita la comprensión de este fenómeno como un acto individual, no en el sentido de excluir los factores familiares y sociales que lo

permean, sino por el contrario, partiendo de que la decisión de atentar contra la propia vida surge de toda una historia personal llena de múltiples y complejas interacciones situadas en un tiempo y espacio determinado. Lo que hace que cada intento de suicidio sea comprendido de manera particular y no como una cifra más. En este sentido, se espera dicha comprensión a través de la experiencia de los participantes; lo que de igual modo proporcionará información concreta con respecto a las causas que le atribuyen al acto además de las características del mismo, de esta forma se contará con datos específicos que podrían ser de utilidad para el personal educativo y la sociedad en general en la identificación de personas en riesgo y en el desarrollo de estrategias preventivas dirigidas a esta población joven.

Lo anterior nos lleva a preguntarnos por un lado sobre la relación que existe entre la ideación suicida con el rendimiento académico, sintomatología depresiva, desesperanza, dinámica familiar y bienestar psicológico. Por otro lado, sobre las vivencias de los universitarios en torno a los aspectos asociados a su ideación suicida y/o intento de suicidio.

Método

Objetivo General

Identificar los aspectos asociados a la ideación suicida y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Médico cirujano.

Objetivos específicos:

- Identificar la relación entre la ideación suicida y el rendimiento académico.
- Indagar la relación entre ideación suicida y sintomatología depresiva.
- Identificar la relación entre ideación suicida y nivel de desesperanza.
- Establecer la relación entre ideación suicida y dinámica familiar.
- Determinar la relación entre ideación suicida y bienestar psicológico

Tipo de estudio

La presente investigación fue mixta. La cual se conformó por dos subestudios complementarios, uno de tipo cuantitativo y otro de corte cualitativo.

Hipótesis correlacionales

Hipótesis.

- H1. Los estudiantes con ideación suicida presentan un bajo rendimiento académico
- H2. A mayor sintomatología depresiva, mayor ideación suicida.
- H3. A mayor desesperanza, mayor ideación suicida
- H4. Una dinámica familiar disfuncional se relaciona positivamente con la ideación suicida.
- H5. A mayor bienestar psicológico, menor ideación suicida.

Definición conceptual y operacional de variables

Ideación suicida. Presencia de pensamientos reportados por los participantes acerca de la intencionalidad de terminar con su propia vida (ideación suicida) y/o la realización de algún acto de manera voluntaria y planeada con el objetivo de finalizar con su vida, sin lograr conseguirlo (intento suicida). Esta variable se midió con base

en la frecuencia e intensidad de tales manifestaciones. Para la ideación suicida se utilizó el Inventario de Orientaciones Suicidas y la Escala de Ideación Suicida de Beck.

Rendimiento académico. Suma de los diferentes y complejos factores que actúan en la persona que aprende, y que ha sido definido con un valor atribuido al logro del estudiante en las tareas académicas. Se mide mediante las calificaciones obtenidas, con una valoración cuantitativa, cuyos resultados muestran las materias ganadas o pérdidas, la deserción y el grado de éxito académico (Garbanzo, 2007). Para su medición en esta investigación se clasificó el rendimiento académico en regular e irregular, donde se consideró alumnos regulares a aquellos que no contaban con materias reprobadas en el momento de la aplicación de instrumentos y que se encontraban cursando el semestre correspondiente a su generación. Por el contrario, se consideró alumnos irregulares a los estudiantes que presentaban materias no aprobadas de semestres anteriores y/o que se encontraban cursando un semestre no acorde a su generación.

Depresión. Afectación en el estado de ánimo con efectos en la esfera psicológica, física, social y conductual; caracterizada por síntomas como humor triste, aflicción, fatiga, pesimismo, desesperanza, pérdida de interés, alteraciones en el sueño y la alimentación, entre otros; que se han manifestado por al menos dos semanas. Por tanto, esta variable se midió a través de la cantidad de síntomas presentes y a la frecuencia de los mismos durante la semana previa a la aplicación de instrumentos, para lo cual se utilizó la escala CES-D.

Desesperanza. Visión pesimista y generalizada del futuro, caracterizada por pensamientos negativos acerca de la existencia, ausencia de motivación y esperanza para alcanzar metas, además de una pérdida del sentido de la vida. Esta variable se evaluó por medio de la Escala de Desesperanza de Beck.

Bienestar psicológico. Valoración subjetiva respecto a los logros conseguidos y el grado de satisfacción personal con las acciones pasadas, presentes y futuras. Se evaluó por medio de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.

Participantes

La muestra fue no probabilística, participaron 20 estudiantes (13 mujeres y 7 hombres) de entre 18 y 25 años de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), todos solteros.

Criterios de inclusión:

- Ser alumno de la carrera de Médico cirujano
- Estar recibiendo atención psicológica y/o psiquiátrica al momento de realizar la investigación
- Puntuar con riesgo suicida moderado o alto en el Inventario de Orientaciones Suicidas y obtener un puntaje por arriba del punto de corte en la Escala de Ideación Suicida de Beck; y/o,
- Reportar antecedentes de al menos un intento de suicidio en algún momento de su vida.

Instrumentos

Para esta investigación se utilizaron seis instrumentos: 1) Un cuestionario de datos generales elaborado específicamente para esta investigación, 2) Inventario de Orientaciones Suicidas (ISO 30), 3) Escala de Ideación Suicida de Beck, 4) Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), 5) Escala de Desesperanza de Beck y 6) Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.

- 1) **Cuestionario de Datos Generales (Anexo 2):** diseñado *ad hoc* para los fines de esta investigación. Se conformó por preguntas abiertas que pretendían identificar datos generales (nombre, sexo, edad, estado civil y escolaridad) de los participantes, su estructura familiar, antecedentes de atención psiquiátrica y psicológica, situaciones problemáticas y de violencia en la familia, e intentos de suicidio tanto en familiares o personas cercanas como en el propio participante, así como aspectos relacionados con la manera o método(s) utilizado(s) y el motivo.
- 2) **Inventario de Orientaciones Suicidas (ISO 30) (Anexo 3):** instrumento diseñado por John D. King y Brian Kowalchuk en el año de 1994; está

compuesto por 30 ítems formulados en forma positiva y negativa, los cuales se responden según una escala Likert de cuatro opciones. El inventario permite evaluar los niveles de cinco factores asociados al riesgo suicida: desesperanza, baja autoestima, incapacidad para enfrentar emociones, soledad y aislamiento social; e ideación suicida.

Los autores consideran que el predictor de la conducta suicida es la ideación suicida, por tanto, la prueba va a tener dos aspectos a tomar en cuenta en sus resultados: el Puntaje Bruto y La medición de la Ideación Suicida. Los ítems que evalúan tales ideaciones (IS) se denominan CRÍTICOS (ítems 5, 10, 15, 20, 25 y 30) y las respuestas a estos deben ser analizadas de manera especial, por su posible significación clínica.

Para la obtención del Puntaje Bruto o directo se suman los puntajes numéricos, lo que posibilita la obtención de un índice global de la Orientación Suicida. Las puntuaciones brutas totales tienen un valor mínimo de 0 y un máximo de 90. Si el puntaje obtenido es de 0 a 29, con menos de tres ítems críticos puntuando 2 o 3, el riesgo es BAJO. Si el puntaje bruto resulta entre 30 y 44 y los ítems críticos con puntaje alto son menos de tres, el riesgo es MODERADO. Finalmente, si el puntaje se sitúa entre 45 y 90, con ítems críticos puntuando 2 o 3 en tres o más de ellos, el riesgo es ALTO. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que, aun habiendo obtenido un puntaje bruto bajo, si la persona ha puntuado 3 o más ítems críticos en 2 o en 3, el riesgo será ALTO.

En cuanto a la confiabilidad y validez de la prueba; los estudios de consistencia interna realizada por los autores, verificaron un alfa de .90 en 768 estudiantes de 12 a 18 años y .78 para los ítems críticos. La estabilidad temporal se estableció mediante un re-test a los cuatro días, resultando en .80 (N = 167; $p < .01$) para la puntuación total y .70 (N = 162; $p < .01$) para los ítems críticos. La validación concurrente se determinó contra la Escala de Desesperanza de Beck y con el Suicidal Ideation Questionnaire de Reynolds [$r = .64$ (N = 161; $p < .01$); $r = .78$ (N = 41; $p < .01$) para el puntaje total].

- 3) **Escala de Desesperanza de Beck (Anexo 4):** fue diseñada por A. Beck, A. Weissman, D. Lester y L. Texler en 1974; para la medición del constructo

desesperanza, basado en el modelo propuesto por Storland, quien la concibe como un sistema de esquemas cognitivos que tienen en común expectativas negativas acerca del futuro, donde la persona desesperanzada cree: 1) que nunca podrá salir adelante por sí misma; 2) que nunca tendrá éxito en lo que intente; 3) que nunca podrá alcanzar objetivos importantes y; 4) que nunca podrá solucionar los diversos problemas que se le presenten en la vida. En este sentido, la prueba evalúa, desde un punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su presente y su futuro (mediato e inmediato), así como su habilidad para enfrentar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. Suele utilizarse como prueba de *screening* de riesgo suicida y depresión, ya que pueden estar asociados a la desesperanza.

La Escala de Desesperanza está compuesta por 20 frases basadas en tres factores: Afectivo, Motivacional y Cognitivo. El factor Afectivo gira alrededor del entusiasmo, la esperanza, la felicidad, la fe y los buenos tiempos. El factor Motivacional hace referencia a la pérdida de ésta, de tal manera que tiene que ver con rendirse, decidir no querer hacer nada y no tratar de conseguir lo que uno desea. Por último, el factor Cognitivo anticipa lo que la vida será en un futuro: oscuro, no obtener buenas cosas, que las cosas no estén resultando y que el futuro sea vago e incierto.

Los ítems de la escala son de respuesta dicotómica (verdadero/falso), de cuya suma se obtiene la puntuación total, que puede oscilar entre 0 y 20 puntos. Los rangos de puntuaciones indicadores del nivel de desesperanza son: de 0 a 3 puntos, normal o asintomático; de 4 a 8 puntos, leve desesperanza; de 9 a 14 puntos, moderada desesperanza y de 15 a 20 puntos, severa desesperanza. Se considera que, a partir de 9 puntos, puede haber cierto riesgo de ideas o conductas suicidas.

La consistencia interna y validez de la Escala de Desesperanza de Beck fue obtenida en pacientes hospitalizados por intento de suicidio. La fiabilidad reportada fue de .93 y se obtuvo validez a través del análisis factorial con tres componentes: Afectivo, Motivacional y Cognitivo. Respecto a la fiabilidad de la

escala en población mexicana, Córdova y Rosales (2011) reportaron un alfa de Cronbach de .78 en una muestra de 971 adolescentes de la Ciudad de México.

- 4) Escala de Ideación Suicida (Anexo 5):** fue diseñada por A. Beck, M. Kovacs y A. Weissmann en 1979. Es una escala semiestructurada que evalúa los pensamientos suicidas, la intensidad de los deseos de vivir y de morir, la letalidad del método considerado, la disponibilidad de éste y la sensación de control sobre la acción o el deseo.

Consta de 19 ítems que se distribuyen en 4 apartados: actitud hacia la vida y la muerte, características de la ideación o del deseo de muerte, características del intento planeado y actualización de la tentativa. Cada ítem se valora en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos), de esta manera proporciona una cuantificación de la gravedad de la ideación suicida. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems, la cual puede oscilar entre 0 y 38 puntos. El punto de corte planteado es una puntuación mayor o igual a 10 que indicaría que existe ideación suicida.

De acuerdo con sus autores, la escala presenta una fiabilidad alfa de Cronbach entre .83 y .89. En México, González, Díaz, Ortiz, González-Forteza y González (2000) aplicaron el instrumento a 122 estudiantes de entre 17 y 25 años de la Facultad de Medicina de la UNAM y sometieron los reactivos de la escala a un análisis de confiabilidad, obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach = .84. Dato similar al reportado por Beck et al. Concluyendo así que la Escala de Ideación Suicida de Beck es un instrumento adecuado para detectar la conducta suicida en la población universitaria.

- 5) Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Anexo 6):** diseñada por L. Radloff en 1977, como instrumento de tamizaje para la detección de sintomatología depresiva en la población general. Para la elaboración de la escala se consideraron síntomas como el estado de ánimo deprimido, la sensación de culpa y minusvalía, la sensación de incapacidad y desesperanza, las alteraciones psicomotoras, así como la pérdida del apetito y las alteraciones en el sueño.

La escala está conformada por 20 ítems directos e inversos que hacen referencia a síntomas de la depresión, dichos reactivos permiten registrar cuántos días en la última semana la persona ha presentado estos síntomas, teniendo como opciones de respuesta: 0 días, de 1-2 días, de 3-4 días y de 5-7 días. Las respuestas se califican como 0, 1, 2 o 3, respectivamente, y se suman para obtener la puntuación total; la cual oscila entre los 0 y los 60 puntos, donde una mayor puntuación indica mayor gravedad en los síntomas depresivos. Como indicador de sintomatología clínicamente significativa puede utilizarse el punto de corte de 16.

Respecto a la confiabilidad y validez del CES-D; González-Forteza et al. (2011) reportaron que la consistencia interna de la escala mostró un alfa de Cronbach de 0.83 en una muestra de 57 403 jóvenes mexicanos de entre 14 y 24 años. La validez externa se analizó mediante la asociación con la Escala De Expectativas de Vivir-Morir de Okasha, obteniendo una correlación positiva y significativa entre quienes tuvieron sintomatología depresiva elevada y quienes manifestaron deseos de morir ($r\phi = 0.325$, $p = .000$). Por tanto, los autores concluyen que este instrumento es una herramienta útil y adecuada, además de breve y fácil de aplicar que permite la detección de sintomatología depresiva en esta población

- 6) **Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Anexo 7):** fue diseñada por Carol Ryff en 1989. Se compone de 39 ítems (directos e inversos) que evalúan seis dimensiones: Auto-aceptación, Relaciones Positivas con Otros, Autonomía, Dominio del Entorno, Propósito en la Vida y Crecimiento Personal. Tales ítems son respondidos con base en una escala Likert de 7 puntos que van de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo), los cuales deben ser sumados para obtener la puntuación total, que oscila entre los 39 y 234 puntos. Los rangos de puntuación indicadores del nivel de bienestar psicológico son: menos de 116 puntos, bajo; de 117 a 140 puntos, moderado; de 141 a 175 puntos, alto; y de 176 a 234, elevado. Por tanto, a mayor puntuación en las sub-escalas, mejor bienestar psicológico.

Con respecto a sus propiedades psicométricas, Medina, Gutiérrez y Padrós (2013) aplicaron la escala a 477 universitarios mexicanos y obtuvieron un alfa de Cronbach de 0.918. Asimismo, se realizó una correlación test-retest en un período de 2 meses, y se observó en el valor $r = 0.796$. Los datos sugieren que la escala es un instrumento con características psicométricas relativamente aceptables para ser aplicada a la población mexicana.

Procedimiento

Debido a los criterios de inclusión y por cuestiones éticas se consideró que los participantes estuvieran recibiendo algún tipo de apoyo profesional, ya fuera psicológico y/o psiquiátrico, por lo tanto, para el acercamiento con ellos se tuvo el apoyo del servicio de psiquiatría de la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) y del servicio de orientación psicopedagógica de la carrera de la medicina, ambas de la FES Iztacala-UNAM.

A los estudiantes, se les solicitó participar en la presente investigación, los que accedieron, se les leyó un consentimiento informado que debían firmar, el cual incluyó el objetivo del estudio, la confidencialidad de los datos proporcionados y el derecho a poder retirarse de la investigación en cualquier momento (Anexo 1). Posteriormente, se les aplicaron todos los instrumentos. Esta fase tuvo una duración aproximada de 30 minutos por cada estudiante, y se llevó a cabo de manera individual dentro de uno de los cubículos de Aulas I y uno de los consultorios de la CUSI de la FESI-UNAM.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos se procedió a dividir la investigación en dos estudios, uno de corte cualitativo y otro cuantitativo. El primero para el análisis en torno a la dinámica familiar de los participantes y la caracterización de la conducta suicida; y el segundo para la correlación de variables a través de un análisis estadístico.

Investigación I. Estudio cualitativo

El presente estudio fue de tipo descriptivo.

Objetivos específicos

- Describir los intentos de suicidio en los estudiantes de la carrera de Médico cirujano.
- Indagar sobre la estructura y dinámica familiar de los estudiantes de Médico cirujano con antecedentes de intento suicida.
- Describir los aspectos asociados a la ideación y/o intento de suicidio de los alumnos de la carrera de Médico cirujano.

Instrumento

- 1) Cuestionario de Datos Generales (Anexo 2).

Resultados

Tipología Familiar

Con base en la información proporcionada en el *Cuestionario de Datos Generales* con respecto a la estructura familiar de los participantes, se pudo observar que el número de integrantes de sus familias va de los dos a los nueve, las cuales además se conforman por distintos miembros.

A partir de una clasificación de las familias en nucleares y extensas, donde a su vez las primeras pueden dividirse en parentales (padres-hijos) y monoparentales (madre/padre-hijos); se observó que, las familias extensas fueron menos frecuentes en esta población en comparación con las nucleares. Dentro de estas últimas, la estructura conformada por madre/padre y hermano/a(s) fue la más usual, seguida de

aquella compuesta por madre, padre y hermano/a(s). Es decir que, las familias monoparentales fueron más comunes entre los estudiantes. Samy Mourni en el año 1991 (como se citó en Barón, 2000), encontró en una investigación que el 72% de los adolescentes con intentos de suicidio, uno o ambos padres se encontraban fuera del hogar, más de la mitad tenían un padre que había reorganizado su vida con otra pareja; en las familias monoparentales el padre presente (generalmente la madre) trabajaba fuera del hogar.

Antecedentes de Atención Psicológica y/o Psiquiátrica

Durante la etapa de aplicación de instrumentos todos los participantes se encontraban recibiendo atención psicológica y/o psiquiátrica. En cuanto a las razones por las que los estudiantes mencionan que acudieron a cualquiera de los dos servicios fueron: autolesiones, ideación e intento de suicidio.

De igual manera, se encontró que ocho de los participantes reportaron que algún familiar suyo se encuentra o se ha encontrado recibiendo atención psicológica o psiquiátrica; entre los motivos por los que su familiar solicitó atención profesional, señalaron los siguientes: déficit de atención, depresión, enojos frecuentes y trastorno bipolar.

Violencia Familiar

Aquí se agrupó entre los que vivieron experiencias de violencia en su infancia y los que no. En el primer grupo mencionaron que fue por alguno o ambos padres, hermanos o algún otro familiar; dicha situación de violencia se presentó entre sus tres y diez años de edad.

En cuanto a por qué consideraban haber recibido algún tipo de violencia, las respuestas fueron clasificadas en tres categorías, cada una correspondiente a un tipo de violencia:

1) *Violencia física*. Hace referencia al uso no accidental de la fuerza física y/o al uso de algún arma u objeto para provocar en otra persona algún dolor, daño o lesión, ya sea interna, externa o ambas; y que, incluso, puede causar su muerte. Dentro de esta categoría se agrupó a los estudiantes que recibieron violencia física durante su

infancia, algunos de ellos reportan: *“Educación con golpes por llorar o no hacer caso”* [E2], *“Mi padre me golpeaba cuando tomaba y mi madre cuando mis calificaciones en la primaria y el kínder no eran favorables”* [E9], *“Mi madre era muy inestable emocionalmente y amenazaba con matarme y suicidarse, tenía problemas de alcoholismo, llegó a empujarme y golpearme”* [E17].

2) *Violencia psicológica*. Entendida como cualquier acto u omisión que genere daños afectivos, morales, psicológicos y emocionales en la persona sin que necesariamente medie la fuerza física. Del número de participantes que consideraron haber recibido maltrato, se observa: *“Me pegaba y siempre me decía cosas que me hacían sentir mal”* [E10], *“Golpeaba a mi mamá, indirectamente me hacía sentir mucho miedo”* [E12], *“Constantes reprimendas que incluían golpes y humillaciones”* [E15]. Como puede observarse, en ciertos casos la violencia psicológica estuvo acompañada de violencia física.

3) *Violencia sexual*. Concebida como cualquier acto que denigra la integridad sexual de una persona, con o sin contacto genital y que, por tanto, atenta contra su libertad, dignidad e integridad física: *“Porque literalmente vendió mi cuerpo para comprar droga”* [E13], *“Tocaban partes íntimas de mi cuerpo cuando iba de visita”* [E18]. Con respecto a estos casos, se pudo observar que dichos actos provenían de familiares externos a la familia nuclear.

Para fines prácticos fue que se dividió en las anteriores categorías, sin embargo, evidentemente no son mutuamente excluyentes, pues el aspecto psicológico está presente en cualquier modalidad de violencia.

De acuerdo a Morales et al. (2016), entre los factores que conllevan a la conducta suicida se encuentra el estar insertos en ambientes familiares con discordia, hostilidad y violencia. Las exposiciones frecuentes a cualquier tipo de violencia, los acontecimientos estresantes o traumáticos se asocian a las conductas suicidas, como señalan Suárez et al. (2016).

Con respecto al abuso sexual, Pérez, Martínez Viancha, y Avendaño (2017), encontraron que las víctimas de abuso sexual por penetración, que participaron en su

investigación, han tenido intento suicida; además, el 48% de las víctimas presentan ideación suicida.

Problemas Familiares

Los problemas que los alumnos consideran que hay en su familia se agruparon en tres categorías: 1) problemas en la comunicación, 2) estado de ánimo inestable e inadecuado manejo de emociones, 3) rechazo familiar:

- 1) Problemas en la comunicación, reflejándose en la poca interacción entre los miembros, la falta de asertividad y el escaso intercambio de información o la mala interpretación de la misma; lo que los lleva a constantes discusiones o peleas entre ellos... *“Mal entendidos, hostilidad, apatía”* [E3], *“Discusiones, peleas, creo falta de atención y comunicación...”* [E11], *“Falta de comunicación, desapego”* [E17], *“Falta de comunicación, existe machismo, evasión de hechos importantes”* [E18].
- 2) Seguimiento de los problemas en la comunicación se encuentran los problemas en el estado de ánimo y el control de emociones por parte de algún(os) miembro(s) de la familia. Dentro de esta categoría se englobaron aquellos casos en los que los alumnos reportan estados de ánimo inestables y el inadecuado manejo o expresión de emociones ya sea por parte de ellos o de algún familiar. Tal y como se observa en estas respuestas: *“Si hablamos de mi familia nuclear se trata de mi ´rebeldía´, mis estados cambiantes de humor y a veces mi apatía”* [E9], *“Actualmente yo considero que son la forma en que mi mamá maneja sus emociones y como nos trata”* [E10], *“Mis padres cambian mucho de estado de ánimo y por ello arremeten contra personas que nada tuvieron que ver con el problema”* [E13], *“Enojos frecuentes”* [E16].
- 3) Rechazo familiar. Los participantes consideran haber sido rechazados por sus familiares. Las razones por las que se han sentido de esa manera, se agruparon en tres subcategorías:

Falta de atención y/o comunicación. Es uno de los principales motivos por los que los participantes se han sentido rechazados por parte de un familiar. Esta categoría hace referencia a la escasa interacción verbal entre el estudiante

y sus familiares, poca participación en actividades conjuntas y al sentimiento de rechazo que eso genera...: *“No siento el suficiente apoyo de su parte”* [E18], *“Porque antes no había comunicación familiar y yo me sentía ignorada”* [E1], *“Todo el tiempo parece que solo ellas dos (madre y hermana) conforman un equipo, mi papá siempre está solo en sus cosas y yo me quedo en la nada”* [E10], *“Mis padres evadieron el hecho del abuso y prefirieron ignorarlo”* [E18].

Falta de aceptación por parte de la familia, ya sea sobre los gustos y preferencias del alumno; así como a las diferencias y desacuerdos que, en ocasiones, pueden generar discusiones o peleas: *“Porque no nos llevábamos muy bien, teníamos problemas frecuentes”* [E5], *“Por mi orientación sexual”* [E12], *“Problemas familiares de aceptación a la diversidad sexual”* [E13], *“No acepta mis costumbres, ni hobbies ni gustos”* [E15].

Manifestaciones abiertas de rechazo. Se consideraron aquellas situaciones en las cuales los familiares de los estudiantes les expresaron verbalmente su rechazo y/o a través de un distanciamiento físico o emocional a partir de una determinada situación... *“Después de un problema que vivimos, empezaron a juzgarme y a tacharme de zorra, entonces no ‘podían’ verme y mi padre trató de mandarme a un internado o lejos de mi madre”* [E9], *“Mi mamá siento que a partir de que le dijeron del abuso se enojó”* [E11], *“Una vez por superar sus expectativas, diciendo textualmente mi padre que me odiaba...”* [E13], *“El no tener opinión o juicio por ser el mantenido”* [E8].

Como se puede observar en la dinámica familiar se evidencia una relación directa entre la comunicación y las relaciones afectivas vinculados con la ideación o intento suicida; es decir, el romper vínculos afectivos y poseer una comunicación inapropiada, no asertiva o la ausencia de ella repercute en algunos integrantes de la familia, en sus pensamientos y los intentos de quitarse la vida; tal y como lo han reportado Castro, Rangel, Camacho y Rueda (2010).

El rechazo de sus familiares según los participantes repercutió en distintos aspectos de su vida: emocional, autovaloración, relaciones sociales y salud mental, en algunos casos los participantes señalan efectos en más de uno.

Dentro del aspecto emocional, se engloban a su sentir *“Me hace sentir como arrimada, me hace sentirme mal”* [E5], *“la depresión se mostró más fuerte”* [E18].

Poca aceptación de sí mismo... *“Problemas con la aceptación de mi cuerpo y mi alimentación”* [E1], donde comenta la falta de aceptación que tiene su familia con respecto a su imagen corporal.

La repercusión en el aspecto social se refiere a los pocos vínculos que establecen con otras personas y que, por lo general, tienden al aislamiento: *“Aislarme con la sociedad”* [E4], *“No socializo, me siento juzgada todo el tiempo..., no pongo límites”* [E7], *“Todo el tiempo me siento sola y cuando hay más personas a mi alrededor no quiero estar cerca, no quiero incomodar a nadie, ni ser una molestia o no lo sé, no sé qué sucede”* [E10].

Problemas familiares e ideación suicida.

Los problemas familiares y/o el rechazo que han sentido los participantes por parte de su familia, han estado relacionados directamente con su ideación suicida o con sus deseos de no querer vivir y ha repercutido en su salud mental *“Te hacen sentir mal”* [E4], *“Porque afectan mi estado de ánimo”* [E5], *“Debido a que me ha generado mucha inseguridad pues desde niña ha existido mucha negligencia de su parte”* [E17], *“Era de suma importancia sentirme aceptada por ellos”* [E7], *“Una vez me puse a discutir con mi mamá porque sigue sin creer que existan los problemas psicológicos sin mencionar que mi psicóloga me había diagnosticado ‘ansiedad’”* [E14], *“Después del rechazo empecé a tomarme sus insultos en serio y pensaba que lo era, creía que la gente lo sabía y se reía a mis espaldas, que era una persona sucia y tendía a bañarme muchas veces por día y utilizar mucho perfume”* [E9], *“La primera (discusión) fue muy fuerte ya que yo tenía como 14 años y eso me orillo a querer terminar con mi vida”* [E13].

Por otra parte, consideran que sus familiares les imponen responsabilidades o los sobre exigen... *“Porque me obligaban a comer, levantarme temprano, hacer ejercicio y cuando pasaba esto me autoflagelaba”* [E1], *“Porque a veces tengo responsabilidades que no me corresponden (económicas) y la carga de estrés es bastante”* [E12].

La familia juega un papel fundamental en la conformación de la psicología del individuo, de los vínculos que establece con ellos depende en gran medida la satisfacción de las necesidades afectivas.

Las personas necesitan del amor para poder vivir con armonía, enfrentando las tensiones de la vida diaria, necesitan una familia que los ame y los acepte como son, que los respete y sobre todo que los cuide, que los guíe por un camino de libertad y de respeto a los demás; no obstante, hay familias donde se vive un ambiente de tensión, de peleas, de agresiones, de falta de aceptación y de apoyo a sus integrantes, provocando situaciones de desamor, de tristeza, de desánimo y hasta deseos de no vivir (Aguilera, García y Cáceda, 2016).

Antecedentes de Intentos Suicidas

Con respecto a los antecedentes de familiares o personas cercanas a los participantes, se encontró que cinco de ellos afirmó conocer por lo menos un caso de suicidio o intento de suicidio en un conocido, donde dos alumnos señalaron dos casos. En cuanto al parentesco con el estudiante se citaron los siguientes: madre (en dos participantes), tío, padrino, prima, abuela y amiga. Únicamente los casos de los estudiantes que mencionaron el parentesco “madre”, correspondió a intentos de suicidio y no a muertes por suicidio.

Los motivos que los estudiantes atribuyen a tal acontecimiento fueron englobados en dos categorías: relaciones sociales y problemas psicológicos o psiquiátricos. Sin considerar la respuesta de uno de los participantes, quien reportó no saber a qué se pudo deber dicha situación. Además, es importante señalar que algunos indicaron más de un motivo. Dentro de la categoría de relaciones sociales se incluyeron aquellas respuestas que refieren que sus conocidos mantenían relaciones negativas, conflictivas y/o de algún tipo de violencia con otras personas, sean familiares, pareja o amigos; 4 de las respuestas fueron tomadas para esta categoría, donde los estudiantes mencionan: *“Ha dicho que es una mala madre y que estamos mejor sin ella”* [E10], *“...Problemas con gente mala por parte de mi padrino...”* [E12], *“...tenía una relación mala con su mujer lo llevo a hacer esto”* [E13], *“Familias altamente disfuncionales, abuso sexual...”* [E17]. Otros de los motivos reportados fueron incluidos en la categoría de problemas psicológicos o psiquiátricos, donde se

consideraron todas aquellas afectaciones en el estado de ánimo o en la conducta tales como la depresión, el estrés y el consumo de drogas; así como una respuesta no especificada que sólo fue señalada como “*problemas psiquiátricos*” [E17]. “*Después del rechazo de mi padre empecé a caer en depresión y me aislé de todos, no salía, no comía y empecé a tener complejos con mi cuerpo. Caí en la anorexia y la bulimia y al final me di cuenta que tal vez la vida sólo era sufrimiento y realicé mi primer intento de suicidio*” [E9],

Por otro lado, la información sobre los antecedentes de intento de suicidio en los propios participantes arrojó que 15 de ellos ha atentado contra su vida por lo menos en alguna ocasión. De ellos, tres lo han hecho sólo una vez, 3 dos veces, 5 tres veces, 2 cuatro veces y 1 cinco veces, mientras que un alumno refirió más de 30 y otro “*muchas*”, por lo que no queda especificado. Respecto a hace cuánto tiempo se realizó el último intento, 5 señalaron que hace menos de un año, 7 entre hace 1 y 5 años, y 3 entre 5 y 10 años.

Los métodos empleados por los estudiantes han sido las heridas con instrumentos punzocortantes, el consumo de pastillas, el saltar de un edificio, el ahorcamiento, los accidentes, el uso de algún tipo de arma y la ingesta de productos del hogar; considerando que quienes han realizado más de un intento también han recurrido a más de un método.

Las heridas con instrumentos punzocortantes han sido el método al que más recurrieron los participantes para intentar quitarse la vida, ya sea tratando de cortar su cuerpo, sus venas o su cuello: “*... Cortándome el cuerpo con un bisturí...*” [E1], “*La primera vez trate de cortarme la vena de la muñeca, las demás pensaba en cortarme el cuello...*” [E9], “*Intente cortarme el cuello, luego la yugular de manera céfalo caudal para no tener salvación*” [E13]. Estos casos citados ejemplifican, además, el fácil acceso que tienen los estudiantes de medicina a artefactos punzocortantes, así como el uso del conocimiento que tienen sobre el empleo correcto de los mismos para lograr su objetivo.

Seguido de las heridas con instrumentos punzocortantes se encuentra el consumo de pastillas, dentro de los casos que reportaron utilizar este método se resaltan los siguientes: “*Tomando medicamentos (clonazepam)*” [E3], “*Tomé todos los*

medicamentos que encontré en mi casa y los combiné con alcohol” [E10], *“Ingeriendo tratamiento farmacológico que se recetó en psiquiatría”* [E12]. Dichos ejemplos ilustran la accesibilidad que de igual manera tiene este método pues, por un lado, tiende a estar presente en los hogares y por otro, también se observa que el encontrarse en atención psiquiátrica facilita la obtención de medicamentos que pueden ser ingeridos con el propósito de causarse una sobredosis letal.

Posteriormente, se encontró el intento de aventarse de un edificio, donde algunos jóvenes mencionaron lugares como su casa y la escuela, otros no lo detallaron. En cuanto a métodos como el ahorcamiento, los accidentes y el uso de armas, no se reportaron especificaciones. Finalmente, también se halló el siguiente caso: *“Tomaba jabón, shampoo, limpiador de tennis, crema, etc., cosas que encontraba en casa”* [E11], donde el método utilizado fue la ingesta de productos del hogar que, sin bien, los mencionados en el ejemplo no tienden a ser de alta toxicidad y, por ende, son mínimamente letales, su consumo sí puede conllevar a ciertos malestares o daños orgánicos. Además, el caso muestra nuevamente el fácil acceso a métodos por su presencia en el hogar.

Pese a que la literatura señala que los hombres tienden a utilizar métodos más letales como el ahorcamiento y el uso de armas de fuego, mientras que las mujeres suelen optar por métodos como el envenenamiento o ingesta de pastillas; los resultados de la presente investigación son limitados para apoyar o no dichos datos, debido a la reducida población participante y al hecho de que ésta estuviera conformada en su mayoría por mujeres. Sin embargo, la información obtenida en este estudio muestra que las heridas por instrumentos punzocortantes, así como el consumo de pastillas fueron los métodos más empleados por ambos sexos. Además de que los métodos considerados con mayor letalidad fueron raramente utilizados. Dichos resultados tienen sentido en el aspecto de que se trabajó con personas que han tenido algún intento suicida y recordemos que muchas veces se queda en esta conducta sin pasar a la muerte por suicidio dada la poca efectividad de los métodos para tal objetivo y/o por las posibilidades que existen de que un tercero lo auxilie.

En cuanto a los motivos por los que los participantes decidieron atentar contra su vida fueron integrados en cuatro categorías: problemas emocionales, depresión y

desesperanza, problemas en las relaciones sociales y falta de apoyo social; considerando que la mayoría refirió más de uno, lo que apoya a la literatura sobre la multicausalidad de este fenómeno.

Los problemas emocionales, entendidos como las dificultades en el control de emociones, el bajo estado de ánimo, así como la baja autoestima. Algunos participantes comparten: “...*Empezó a darme asco mirarme al espejo, sentía que era la mujer más vulgar del mundo. Me daba pena salir a la calle y que me viera la familia de mi padre. Me sentía pequeña ante las personas...*” [E9], “*Tristeza, ira... baja autoestima... sentimientos de culpa*” [E11], “*No lo sé, soy muy impulsivo*” [E15].

En la categoría de depresión se consideraron las respuestas de los estudiantes que mencionan textualmente a la depresión como causa de su(s) intento(s) y la desesperanza como la percepción negativa que tienen o tenían sobre el futuro, así como la falta de sentido a su/la vida. Dentro de esta categoría resalta el siguiente caso: “*En ese momento no le veía sentido a la vida, no me sentía feliz, casi siempre estaba llorando o preguntándome el porqué de la vida, nada podía levantarme el ánimo, me sentía muerta en vida, dormía mucho o dormía poco, comía poco o mucho... creía que el dolor era para siempre, no podía ver la vida de otra manera, no quería bañarme, ni comer, ni dormir, quería simplemente morir. A fin de cuentas, de qué me servía vivir si la situación no era nada favorable y me cortaba los brazos casi todo el tiempo*” [E9].

Respecto a los problemas en las relaciones sociales se observó que en ciertos participantes el término de una relación significativa o las diferencias con otras personas por distintas cuestiones fue el motivo por el que algunos estudiantes atentaron contra su vida: “*Un mensaje de mi ex novio diciéndome que ya no quería saber nada de mí y una discusión con mi padre sobre dinero*” [E12], “*Problemas familiares y porque sufría bullying en la escuela*” [E14], “*Familia altamente disfuncional*” [E17], “*Había terminado con mi novio y me sentía muy triste y sola*” [E20].

Por último, la falta de apoyo social representada por los sentimientos de soledad en los jóvenes y/o la percepción de una escasa atención o aceptación por parte de personas importantes para ellos: “*...No sentirme apoyada por nadie...*” [E1], “*...Falta*

de atención” [E11], “...Como detonador el rechazo de mis padres” [E13], “Sentirme sola...” [E18], “...Al poco apoyo que siento por parte de mi familia y amigos” [E19].

Cuando un integrante de la familia se siente rechazado, no escuchado, ni apoyado este siente baja autoestima, autoeficacia, autoconcepto y autoimagen que pueden crear dificultades en el desarrollo de las relaciones sociales y obstaculizar un acercamiento asertivo y empático entre los integrantes de la familia; además, en caso de llevar a cabo un intento suicida, la resignificación exitosa se torna lenta y poco suficiente, según Pavez, Santander, Carranza y Vera-Villarroe (como se citó en Morales et al., 2017).

Investigación II. Estudio cuantitativo

Este estudio fue de tipo estadístico, se utilizó el programa SPSS, para el vaciado de datos y la correlación de variables.

Objetivos específicos

- Identificar la relación entre la ideación suicida y el rendimiento académico.
- Indagar la relación entre ideación suicida y sintomatología depresiva.
- Identificar la relación entre ideación suicida y nivel de desesperanza.
- Determinar la relación entre ideación suicida y bienestar psicológico

Instrumento

- 1) Inventario de Orientaciones Suicidas (ISO 30)
- 2) Escala de desesperanza de Beck
- 3) Escala de Ideación Suicida de Beck
- 4) Escala de Depresión CES-D
- 5) Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff

Resultados

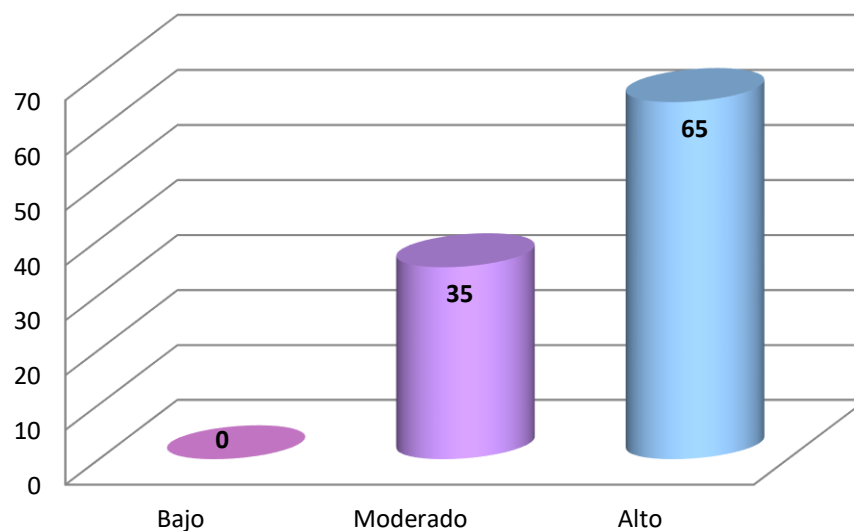
Para el análisis estadístico, se aplicó una r de Pearson para identificar correlaciones, t de *Student* para la comparación entre alumnos regulares e irregulares y estadística descriptiva.

Ideación suicida

A partir de los resultados obtenidos en el puntaje del Inventario de Orientaciones Suicidas (ISO 30), se observó que la mayoría de la población se encontraba dentro de la categoría de Riesgo Alto (Figura 1). Lo cual es preocupante por la posibilidad de que pudieran volver a intentar atentar contra su vida, recordemos que son jóvenes que tienen antecedentes de al menos un intento de suicidio.

Figura 1

Clasificación de riesgo suicida en población total

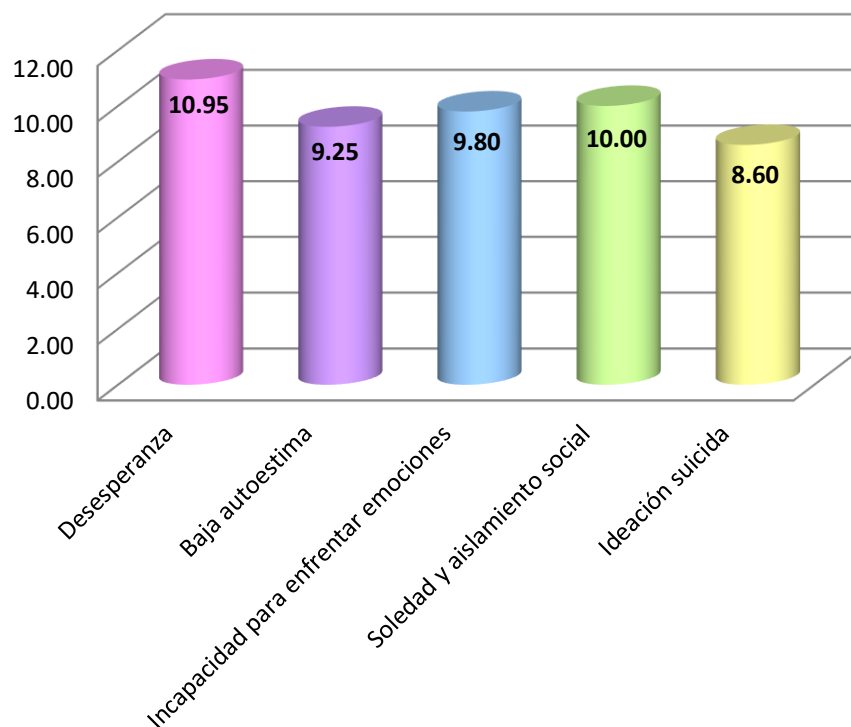


Del total de participantes, el promedio de puntaje más alto se observó en las categorías de Incapacidad para enfrentar emociones, Soledad y Aislamiento social y Desesperanza (Figura 2).

Las preguntas que tuvieron promedio más alto fueron: “Cuando *mi vida no transcurre fácilmente* estoy dominado por una confusión de sentimientos”, correspondiente a la categoría de “Incapacidad para enfrentar emociones” tuvo el promedio de 2.3, el máximo de todo el instrumento, junto con la pregunta 24 “*Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer*” que pertenece a la categoría de “Soledad y aislamiento social”. En un tercer lugar de mayor promedio se observó al ítem 12 “*Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales*” de la categoría “Desesperanza”, con un promedio de 2.15.

Figura 2

Promedio de puntaje por categoría del ISO 30

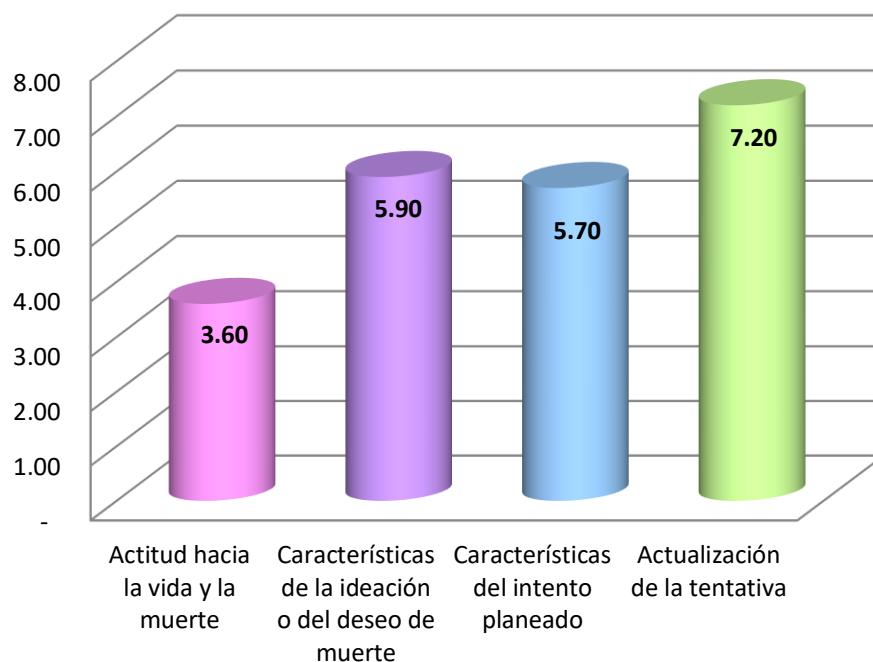


Por otro lado, considerando la Escala de Ideación Suicida de Beck, en la que el punto de corte que indica la existencia de ideación suicida es igual o mayor a diez, se encontró que el 100% de los participantes presentaron conducta suicida.

El promedio de puntaje más alto, fue en la categoría de Actualización de la tentativa, seguido de Características del intento planeado (Figura 3).

Figura 3

Promedio de puntaje por categoría de la Escala de Ideación Suicida de Beck



Los ítems que los alumnos de medicina respondieron con más alto puntaje fueron: el ítem 11 *“Razones para pensar/desear el intento suicida”* de la categoría *“Características de la ideación o del deseo de muerte”*, en un promedio de 1.55, siendo el mayor del instrumento, los participantes consideran que la principal razón para llevar a cabo un intento suicida es la combinación entre escapar, solucionar problemas, finalizar de forma absoluta y el manipular el entorno, llamar la atención o vengarse.

Posteriormente, con un promedio de 1.1 en la categoría de *“Características del intento”* con respecto al ítem 12 que hace referencia al *“Método (especificidad/planificación del intento contemplado)”* los estudiantes señalan haber considerado el método, pero sin aún calcular ciertos detalles.

Finalmente, con un promedio igual al anterior y de la misma categoría, los participantes marcaron en el ítem 13 *“Método (accesibilidad/planificación del intento contemplado)”* que su método considerado les puede tomar tiempo o esfuerzo, o bien que no hay oportunidad de llevarlo a acabo. Lo que indica que los alumnos no sólo

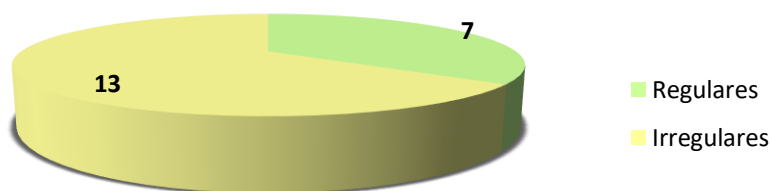
presentaban pensamientos suicidas, sino que ya se encontraban en una etapa de planificación del intento.

Ideación suicida y rendimiento académico

En la figura 4 se puede observar que, del total de participantes, más de la mitad eran alumnos irregulares. Asimismo, se obtuvo que en promedio las calificaciones de los estudiantes oscilaban entre 7.1 a 8.75.

Figura 4

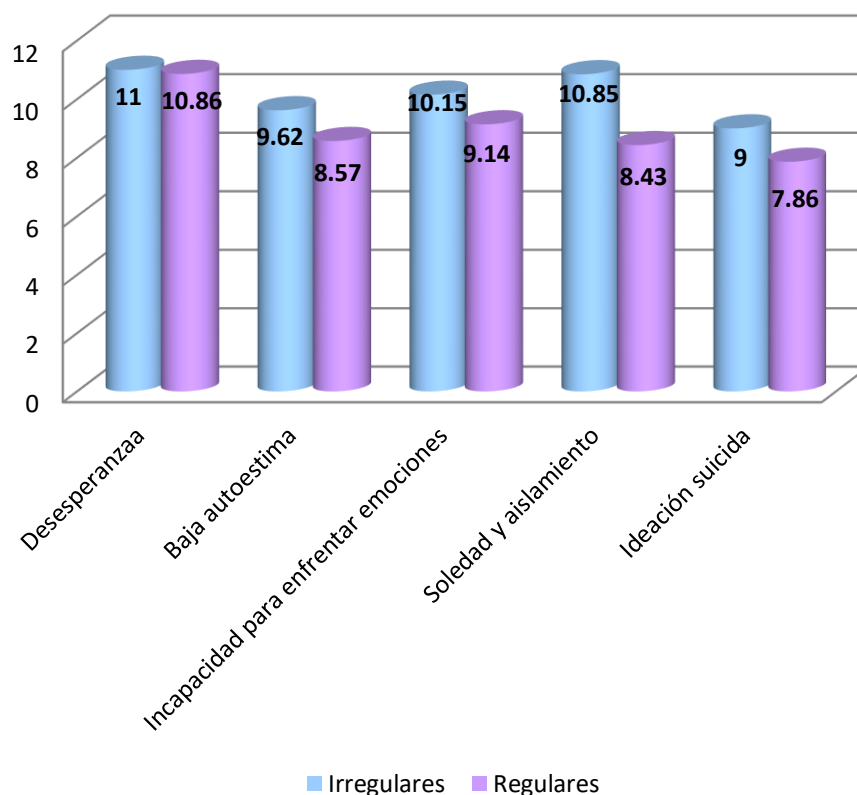
Total de alumnos regulares e irregulares



Al comparar los resultados obtenidos del Inventario de Orientaciones Suicidas (ISO 30) entre los alumnos regulares con los irregulares a través de la prueba *t* de *Student*, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo que rechaza la hipótesis de que los estudiantes con ideación suicida presentan un bajo rendimiento académico; sin embargo, observamos que los alumnos irregulares tuvieron el puntaje total más alto (50.62) al responder a este instrumento en comparación con los regulares (44.56); lo que se pudo apreciar cuando se comparan en cada una de las categorías (Figura 5).

Figura 5

Comparación de puntajes por categoría de ISO 30 en alumnos regulares e irregulares



Ideación suicida y Depresión

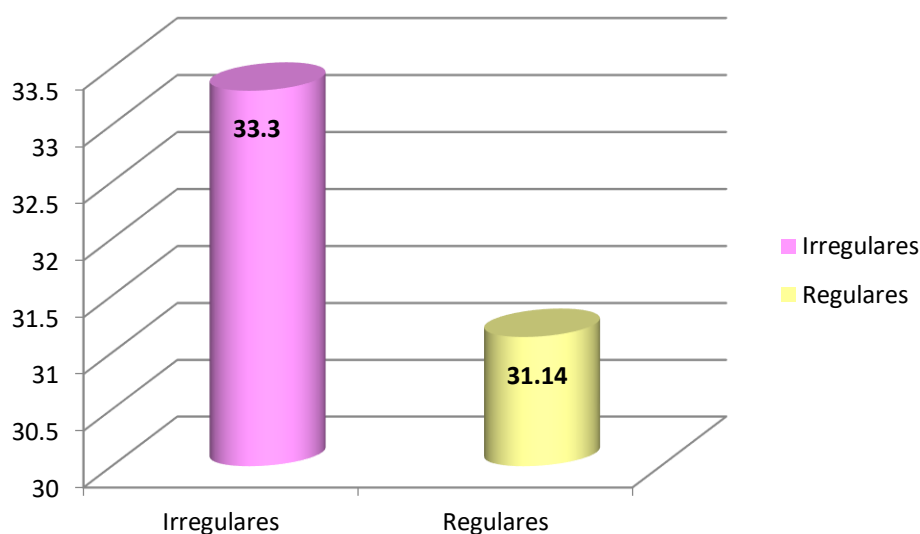
Al aplicar una *r* de *Pearson* para correlacionar la ideación suicida con la depresión, se encontró una correlación positiva ($r = .774$, $p < .001$); lo que quiere decir que, si incrementa la depresión, también lo hará la ideación suicida. Por lo tanto, se acepta la hipótesis de que, a mayor sintomatología depresiva, mayor ideación suicida.

La escala de Depresión CES-D establece un punto de corte de 16 o más para identificar a los estudiantes con sintomatología depresiva, a partir de ello se encontró que el total de los participantes presentaron síntomas de depresión.

Al comparar alumnos regulares con irregulares mediante la prueba *t* de *Student* no hubo diferencias estadísticamente significativas; sin embargo, los alumnos irregulares mostraron más alto puntaje (Figura 6).

Figura 6

Puntaje obtenido en el CESD-D por alumnos regulares e irregulares



Los ítems con más alto puntaje fueron: el número 18 *“Me sentía triste”*, de la categoría *“Afecto deprimido”* obtuvo el mayor promedio con 1.95, lo que significa que los participantes se sintieron triste de 1 a casi 4 días, en la semana anterior a la que respondieron el instrumento.

Seguido, el ítem 11 *“Dormí sin descanso”* de la categoría *“Somatización”* con un promedio de 1.9 muy parecido al anterior, reflejó que aproximadamente fueron el mismo número de días en el que los estudiantes tampoco se sintieron descansados después de dormir.

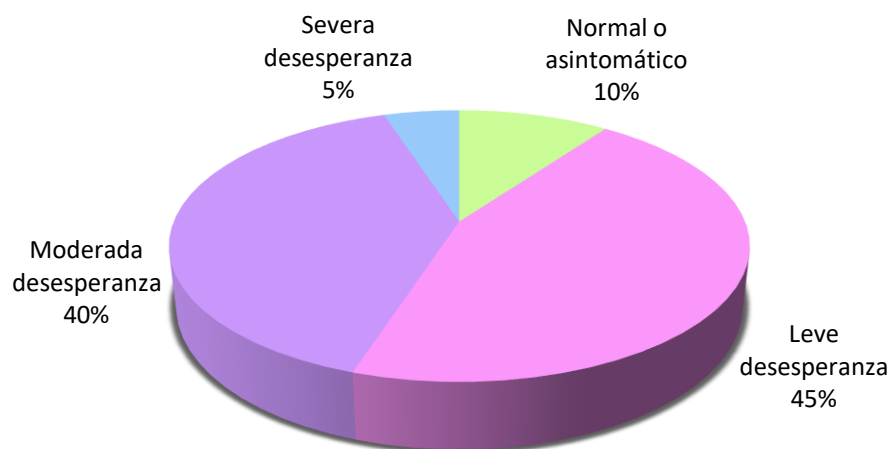
Por último, el ítem 6 *“Me sentía deprimido”* de la categoría *“Afecto deprimido”* obtuvo el tercer promedio más alto, de 1.85.

Ideación suicida y desesperanza

Al aplicar la prueba r de *Pearson*, no se encontró correlación entre ideación suicida y desesperanza. Por lo que se rechaza la hipótesis de que, a mayor desesperanza, mayor ideación suicida. No obstante, se encontró que, del total de la población, destaca que un 40% mostró desesperanza moderada y un 5% desesperanza severa (Figura 7).

Figura 7

Nivel de desesperanza en la población total

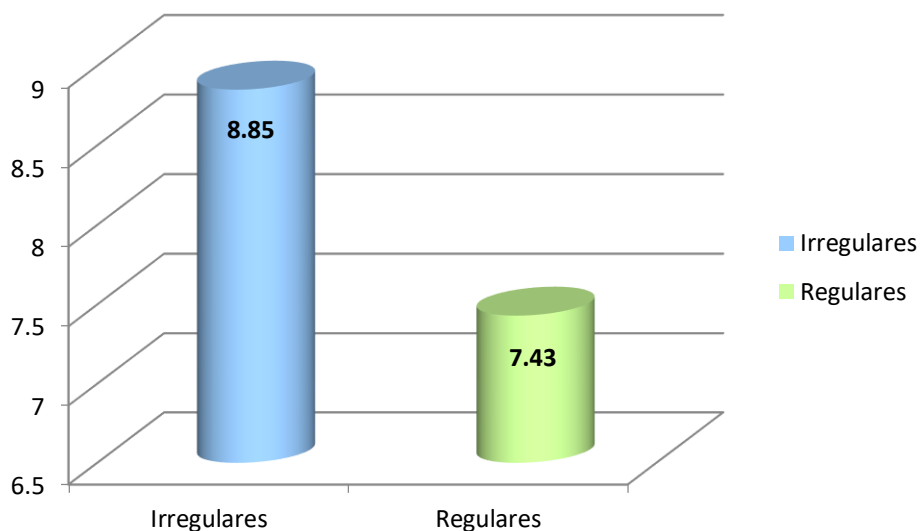


Los ítems con más alto puntaje fueron: el 14 *“Las cosas no marchan como yo quisiera”*, pues marcó un promedio de 0.84. Seguido del ítem 18 *“El futuro me parece vago e incierto”* con un promedio de 0.75 y el ítem 4 *“No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años”* con un promedio de 0.65. Lo cual hace referencia a que los participantes consideran que estas afirmaciones son las que más se ajustan a su situación personal.

Con respecto al rendimiento académico, se hizo una comparación entre los alumnos regulares con los irregulares mediante la prueba *t* de *Student*, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, empero, se observó que los alumnos irregulares tuvieron un puntaje más alto (Figura 8).

Figura 8

Puntaje obtenido en la Escala de Desesperanza por alumnos regulares e irregulares



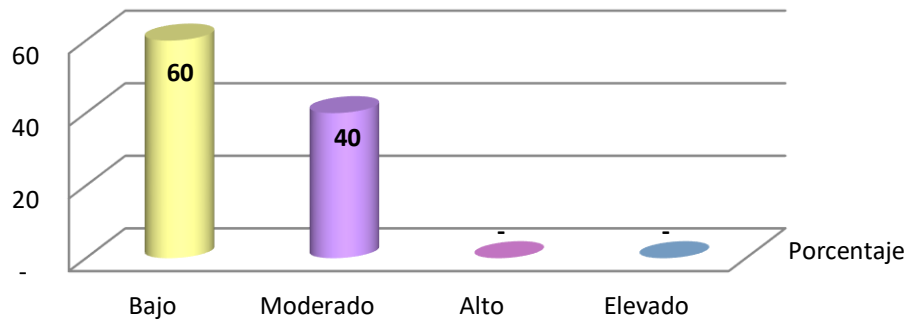
Ideación suicida- Bienestar psicológico

Al aplicar la prueba r de *Pearson* para correlacionar la ideación suicida con el bienestar psicológico, se encontró que existe una correlación entre ambas ($r = .774$, $p < .001$), así como con las categorías de Autoaceptación ($r = .635$, $p < .05$), Autonomía ($r = .774$, $p < .05$), Dominio del entorno ($r = .503$, $p < .05$) y Propósito de vida ($r = .551$, $p < .05$). Lo cual acepta la hipótesis de que, a mayor ideación suicida, menor bienestar psicológico.

Al clasificar a los alumnos de medicina en niveles de Bienestar psicológico, encontramos que ninguno formó parte de la categoría de Bienestar psicológico alto o elevado (Figura 9).

Figura 9

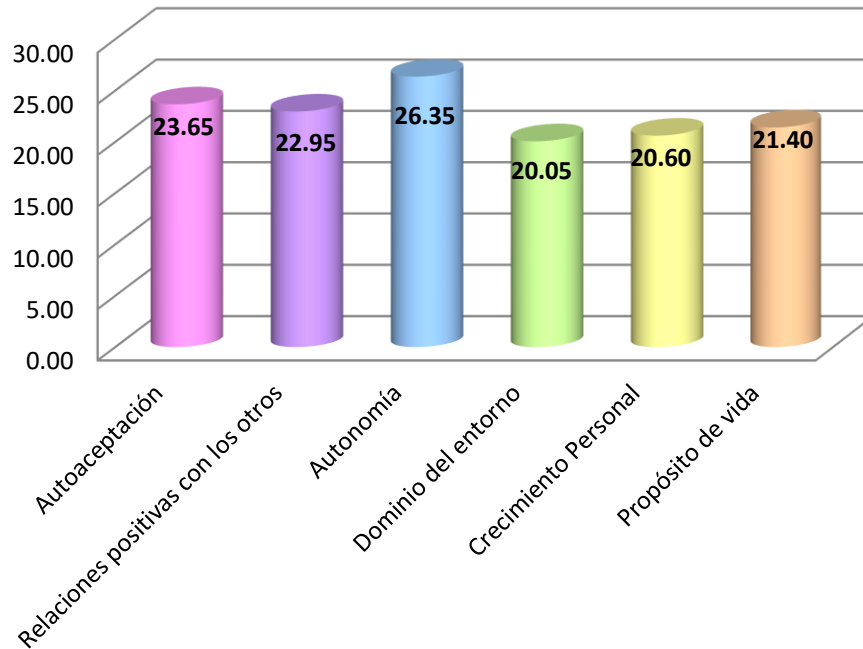
Nivel de bienestar psicológico en la población total



Los puntajes promedio más bajos fueron en las categorías: 1) Dominio del Entorno, es decir, en la habilidad para elegir o crear entornos favorables que satisfagan los deseos y necesidades propias, la capacidad para controlar en forma efectiva el medio y la propia vida, así como el uso competente de los recursos disponibles en el medio; 2) Crecimiento personal, con respecto al sentido de autodeterminación, de crecimiento y desarrollo continuo como persona, la autopercepción de expansión personal, la apertura a nuevas experiencias, el sentido de realización del propio potencial, así como cambios en direcciones que indiquen un incremento de autoconocimiento y eficacia; 3) Propósito de vida, a la creencia de que la vida tiene propósito y significado y se manifiesta con la capacidad de establecer metas vitales y sentido de autodirección; persistencia en el cumplimiento de objetivos y la creencia de que la propia vida, tanto pasada como presente, es útil y tiene un sentido (Figura 10).

Figura 10

Puntaje por categoría de la población total en la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff



Los ítems con promedio más alto en la Escala de Bienestar de Ryff, fueron: el ítem 34 *“No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está”* de la categoría “Crecimiento personal”, puntúo en promedio 4.75, lo que hace referencia a que los participantes se encuentran en desacuerdo con tal afirmación.

Con respecto al ítem 17 *“Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo espero hacer en el futuro”* de la categoría “Propósito en la vida”, tuvo un promedio de 3.9 lo que significa que los estudiantes están parcialmente en desacuerdo con este reactivo.

Posteriormente, en el ítem 15 *“Tiendo a estar influenciado por la gente por fuertes convicciones”* de la categoría “Autonomía”, se observó un promedio de 3.8, por lo que también se encuentran de desacuerdo con dicha afirmación.

Por otra parte, al aplicar una *t* de Student para comparar los alumnos regulares con los irregulares, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Discusión y conclusiones

El objetivo general de la presente investigación fue identificar los aspectos asociados a la ideación suicida y al rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Médico cirujano. Para ello se realizó un análisis cuantitativo para dar cuenta de la correlación que existe entre diversas variables y un análisis cualitativo para contrastar y complementar con los datos estadísticos; de esta manera estaríamos explorando este acto desde el discurso de los mismos participantes, permitiéndonos un estudio más completo del fenómeno, ya que como mencionó Durkheim (2008), hablemos de suicidios y no de suicidio, en el sentido de que el acto de intentar o quitarse la propia vida no es de la misma naturaleza en todos los casos, cada persona le da su huella personal, reflejo de su temperamento, características, vivencias y posturas. Que en conjunto van diseñando el escenario para el surgimiento de una conducta suicida en jóvenes y los factores de riesgo a los cuales se encuentran expuestos que hacen más probable el inicio o mantenimiento de ciertos comportamientos.

De principio se tenía claro que todos los participantes contaban con cierto riesgo, dado que el criterio de inclusión fue el haber presentado pensamientos suicidas y/o intentos previos, que de acuerdo con la literatura son de los principales factores de riesgo (Castaño et al, 2014; Blandón et al., 2015; Medina et al, 2017; Rosales y Córdova, 2011; Rosales et al., 2013; Rosales et al., 2012). En la muestra participante, si bien es pequeña y no representativa de la población universitaria de medicina, se observa que el 75% de ellos habían intentado atentar contra su vida por lo menos una vez, y hubo quien llegó a realizarlo hasta más de 30 ocasiones, intentos que se han realizado a lo largo de los últimos 10 años a través de heridas en partes específicas del cuerpo, del consumo de pastillas, del ahorcamiento, de saltar al vacío, del uso de algún arma y de la ingesta de productos. Abordar el tema del intento de suicidio nos habla de la interferencia de algo que impidió llegar a una muerte por suicidio. ¿Fue el método?, la literatura señala que si el método no es mortal o existe la posibilidad de ser auxiliado la probabilidad es menor. La mayoría de los métodos utilizados por los participantes cuentan con esta última característica, sin embargo, no tenemos la

certeza de si en efecto fueron auxiliados por terceros, si el resultado no fue tan mortal como esperaban o se encontraban en una situación de ambivalencia con respecto a su decisión. Es importante indagar más al respecto ya que de ser este último el caso nos encontraríamos con información de utilidad para conocer qué es lo que detiene a la persona, qué lo motiva a seguir viviendo aun cuando sobresalga lo negativo; identificar esto nos brindará herramientas para fortalecer factores protectores y disminuir la probabilidad de que un intento se repita.

Aunado a ello se encontró que actualmente el 65% presentaba un riesgo alto con base en los resultados del Inventario de Orientaciones Suicidas (ISO 30) y 35% un riesgo moderado. Esto quiere decir que si bien para la mayoría su último intento se había realizado hace unos meses o más de un año, los pensamientos suicidas permanecían en el presente, lo que representaría una mayor probabilidad de realizar un nuevo intento. Resultados que son apoyados por los puntajes en la Escala de Ideación Suicida de Beck que arrojó que todos los participantes mostraban ideación suicida. De este instrumento es importante resaltar que los puntajes mayores se dieron en la categoría de actualización de la tentativa y características del intento planeado. En este aspecto contamos con el sesgo de no saber si respondieron con base en sus intentos previos o en la situación actual; no obstante, en cualquier caso proporciona información de gran relevancia: si se trata de los intentos previos significa que vieron el suicidio como una estrategia para solucionar sus problemas y que tal fue su inclinación por ella que hubo una planeación, la elección del modo y los métodos, y si consideramos que algunos participantes de acuerdo con su discurso han llegado a recurrir a más de un método, nos indicaría que experimentaron con distintos modos, ninguno ha sido mortal, pero si los intentos continúan, se probaran más formas y en una podría estar la letal. Por otro lado, si respondieron acorde a su situación presente, el riesgo aumenta pues es muy probable que la planeación ya exista, en espera del detonante que encaminará a otro intento.

Los resultados del Inventario de Orientaciones Suicidas (ISO 30) igual nos permitieron observar que los estudiantes puntuaron más alto en las categorías de desesperanza, incapacidad para enfrentar emociones y soledad y aislamiento social.

Datos que concuerdan totalmente con lo obtenido en el análisis cualitativo, debido a que en este se encontró que las principales razones por las cuales habían decidido acabar con su vida fueron: problemas emocionales, depresión y desesperanza, problemas en las relaciones sociales y falta de apoyo social.

Con respecto a la desesperanza, algunos autores (Jiménez, 2008; Medina et al., 2017) la refieren como otro factor de riesgo asociado. Abordar la desesperanza nos ayuda a valorar el sentido, las motivaciones o esperanzas que la persona tiene con respecto a un futuro mejor o más positivo, ya que, si tiene una percepción negativa de sí mismo, del mundo y del futuro será más vulnerable a generar sintomatología depresiva y con ello posiblemente conducta suicida. Pese a que en el presente estudio no se encontró una correlación estadísticamente significativa si se observó que cerca de la mitad de la población mostraba pensamientos de desesperanza moderada o severa, que además se refuerza con el discurso de algunos de los participantes que redactan haber perdido el sentido de la vida. A manera de estrategia preventiva en el ámbito escolar se propone darle mayor valor a asignaturas o espacios que permitan identificar cuáles son las motivaciones o metas que los estudiantes tienen a corto, mediano y largo plazo, pues encontrar la ausencia de ellas en algunos alumnos podría significar una señal de alerta que es necesario no ignorar.

Por otro lado, el alto puntaje en la categoría de incapacidad para enfrentar emociones concuerda con las experiencias compartidas por los universitarios, quienes especifican sentimientos de tristeza, ira y culpabilidad vividas; el inadecuado manejo de sus emociones que los llevan a ser impulsivos y que conjuntamente llegan a tener un impacto en su autoestima. Parece ser que sentirse incapaces de controlar las situaciones negativas que les rodean y lo que las mismas les hacen sentir, hace que la idea de acabar con su propia vida sea la alternativa más llamativa. Es escasa la literatura que señala a la falta o escasas habilidades socioemocionales como un factor de riesgo y, sin embargo, es en ellas donde se encuentra el inicio para el desarrollo de inadecuadas estrategias de afrontamiento, de malestares emocionales que pueden llevar a la depresión, a la ansiedad e ir entretejiendo el camino para llegar a las conductas suicidas. Por tanto, se hace énfasis en la importancia del entrenamiento de

estas habilidades en el ámbito educativo y laboral, pues implementar talleres, clases o espacios para que los estudiantes de medicina puedan aprender a manejar sus emociones de la misma manera que aprenden a utilizar instrumentos médicos puede ser una gran herramienta para la formación de profesionales capaces no sólo de cuidar la salud de otros sino también la propia.

Tal es la importancia del desarrollo de estas habilidades que también permitirán que los jóvenes aprendan a identificar, crear y fortalecer redes de apoyo. Pues como lo muestran ambos análisis los participantes presentaban sentimientos de soledad y una percepción de bajo o nulo apoyo social, lo que favorece la presencia de desesperanza o sintomatología depresiva. Por una o varias razones desconocidas, ellos decidieron buscar algún tipo de apoyo profesional y eso les suma un factor protector, pero, ¿Qué sucede con aquellos alumnos que no solicitan esa ayuda?, tal vez consideran que no la necesitan o tal vez no saben cómo acercarse, y es aquí donde el promover las habilidades socioemocionales tendrían un gran papel como estrategia preventiva.

Además de que como se mencionó anteriormente, la falta de regulación emocional lleva a las emociones al extremo, haciendo de una tristeza una profunda depresión. La cual es señalada por algunos participantes como una de las razones principales de sus intentos previos. La depresión ha sido un factor altamente asociado por diversos autores (Alcántar, 2002; Arrivillaga et al., 2004; Coffin et al, 2011; Córdova et al., 2011; Sánchez et al., 2002). En el presente estudio se encontró que, en efecto, existe una correlación positiva entre estos dos fenómenos. Asimismo, los estudiantes de esta investigación reportaron más persistentes los síntomas del estado de ánimo o humor triste y algunos síntomas de la categoría relacionada a la somatización. Por tanto, se sigue resaltando la importancia del entrenamiento en habilidades socioemocionales, principalmente las referentes a la identificación y regulación emocional.

De igual manera, los datos son concordantes con la correlación que se hizo de la ideación suicida con el bienestar psicológico, pues con base en el puntaje de la escala de Ryff, se encontró que existe una correlación significativa y que los puntajes

más bajos se mostraron en las categorías de dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida, lo que a grandes rasgos significa que los participantes no se perciben capaces de afrontar los eventos negativos, de buscar la autorrealización o crecimiento personal y de tener o lograr metas que los lleven a darle un sentido a su propia vida. Es decir, poseen una visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro; aspecto cognitivo clave en la depresión de acuerdo al modelo de Beck, Rush, Shaw y Emery (2005).

Por otro lado, la dinámica familiar fue otro de los aspectos que se analizó en la presente investigación. Los datos obtenidos indican que la mayoría de los participantes provienen de familias monoparentales, mismas que se han reportado asociadas como factor de riesgo suicida (Bella y Fernández, 2013; Salazar et al., 2015). Carmona et al. (2010) y Cañón (2011) afirman que los miembros de familias separadas presentan mayor riesgo de conducta suicida, al mismo tiempo identifican que los problemas y el grado de disfunción familiar son el principal precipitante de esta conducta.

Los alumnos de medicina con ideación suicida y/o intento de suicidio, manifestaron sentirse rechazados por algún familiar; lo que ha repercutido en su salud, su sentir y las acciones autodestructivas que han llevado a cabo. Esto además corrobora lo que autores como Alcántar (2002), García del Alba et al. (2011) y Rosales et al. (2013) han encontrado en relación a que los problemas familiares suelen ser el motivo principal por el que una persona intenta suicidarse. Lo cual también es congruente con lo encontrado por Andrade, Palos, Betancourt y Camacho (como se citó en Domínguez et al., 2014) en el 2003, quienes identificaron que los adolescentes que no reportaron haber tenido intentos de suicidio presentaron más apoyo, comunicación, apego y menos rechazo por parte de ambos padres en comparación con los que indicaron al menos un intento de suicidio.

De igual manera, los datos muestran que existe una relación entre la nula, inadecuada o poco asertividad en la comunicación familiar y la ideación o intento de suicidio en los alumnos. Ardila y González (2019), consideran que la relación entre la dinámica interna familiar y el comportamiento suicida se muestra específicamente en dos de sus elementos, la comunicación y las relaciones afectivas disfuncionales que

se dan dentro del grupo familiar, dado que la comunicación es uno de los principios esenciales para la creación del vínculo a la vez que es considerada una necesidad continua del ser humano.

Por otro lado, la violencia también ha estado presente en las familias de la mayoría de los participantes, quienes fueron objeto de ella, ya sea de manera física, psicológica y/o sexual. El antecedente de abuso sexual ha sido identificado por varios autores como un factor de riesgo (Pérez et al., 2010; Rivera-Heredia, como se citó en Domínguez et al., 2014; Rosales et al., 2013) ya que incrementa la posibilidad de presentar alguna conducta suicida. En general, los estudiantes que reportaron haber vivido algún tipo de violencia señalan que esta se ejerció durante su infancia y hubo en quienes este ejercicio de poder estuvo presente de manera prolongada a lo largo de varios años. Por tanto, estamos hablando de un grupo de personas que crecieron en un ambiente violento, donde con o sin un cuerpo lastimado fueron surgiendo daños emocionales y psicológicos que en muchas ocasiones se mantuvieron a través de los años y rastros de ellos aún permanecen en la actualidad. Con base en la teoría cognitiva podríamos suponer que estas experiencias tempranas posiblemente proporcionaron la base para la construcción de conceptos negativos (esquemas) en torno a uno mismo, el futuro y el mundo, de los que ya se comentaba anteriormente y que permanecen latentes ante circunstancias similares; que sumados a otras situaciones negativas podrían ir creando un panorama oscuro en estos estudiantes.

Otro dato relevante en torno al ámbito familiar son los antecedentes de intentos o muertes por suicidio en personas cercanas, el 25% de la muestra mencionó conocer por lo menos a una persona que murió por suicidio o ha intentado hacerlo, en algunos casos se ha tratado de la propia madre del participante. Esto apoya lo encontrado por autores (Castaño et al., 2014; Hidrobo, 2015; Medina et al., 2017; y Rosales et al., 2013) que señalan los antecedentes de suicidio en familiares como un factor de riesgo significativo y que, por tanto, aquella población que ha perdido a un ser querido de esta manera sin duda se vuelve un grupo vulnerable que requiere intervenciones de tipo preventivas, pues se desconoce la forma en cómo pueden interpretar dicho acontecimiento y las estrategias con las que cuentan para afrontarlo. Por lo que sería

importante explorarlo en futuras investigaciones que den más elementos para la elaboración de medidas de prevención acordes a esta población.

Finalmente, también se indagó sobre la relación que existe entre la ideación suicida y el rendimiento académico de los estudiantes. Granados, Gómez, Islas, Maldonado, Martínez y Pineda (2020) mencionan que la educación universitaria implica una serie de condiciones y exigencias que representan un conjunto de estresores que pueden vulnerar la salud mental, de este modo, se construyó la hipótesis de que los estudiantes con conducta suicida presentarían un bajo rendimiento. Sin embargo, en la muestra participante no se observó así; si bien la mayoría eran estudiantes irregulares, otros pocos se encontraban cursando el semestre acorde a su año de ingreso y mantenían calificaciones aprobatorias en todas sus materias, incluso había quienes tenían un desempeño sobresaliente. Lo que nos lleva a concluir que el rendimiento académico si es un factor relacionado con la conducta suicida pero que, como lo ha expuesto en múltiples ocasiones la literatura, entran en juego distintos factores, por lo que no podríamos reducirlo únicamente a este. Pese a ello, el rendimiento académico representa un indicador para los profesores de que el estudiante podría estar pasando por experiencias negativas y que de identificarlo y no ignorarlo llegaría a ser un gran elemento a favor de la prevención e intervención oportuna.

Además, es importante mencionar que se desconoce cuál es exactamente la dirección que existe entre ambos aspectos, si los pensamientos suicidas generan un bajo rendimiento académico o viceversa. Tampoco se encontró una correlación significativa entre el rendimiento académico con la depresión y la desesperanza; no obstante, se observó que los puntajes más altos se dieron en alumnos irregulares; aunque nuevamente se desconoce si se trata de una relación bidireccional, faltaría indagar más al respecto. Aunado a, incluso conocer cuáles son los factores, motivaciones, habilidades o estrategias de aquellos alumnos regulares que mantienen un desempeño alto pese a vivir enfrentándose a pensamientos relacionados con su propia muerte y/u otras cuestiones individuales, familiares o ambas; podríamos suponer que su vida escolar es su factor protector o el motivo por el que continúan,

pero sólo es una hipótesis y se necesitaría de otros estudios para aceptarla o rechazarla.

Por lo que se podría decir que el rendimiento académico si es un factor asociado, aunque, con menor peso en comparación con otros. Como se puede observar a partir de todos los datos obtenidos, entran en juego muchas otras situaciones. Tal es así que los datos recabados en cuanto a los motivos de consulta por los que acudieron los alumnos a atención psicológica y/o psiquiátrica, pese a que se trata de servicios presentes en una institución educativa, ninguno de los participantes acudió por cuestiones escolares, esto no quiere decir que las razones por las que acuden no tengan repercusiones en su rendimiento como estudiantes, sino que por el contrario habla de cómo la vida universitaria se suma a una variedad de situaciones que viven los jóvenes y que no tendrían por qué ser ignoradas en su rol de estudiante. En este sentido, los resultados también pudieran ser de interés o utilidad para los docentes y trabajadores de instituciones educativas; quienes juegan un papel significativo en la prevención e identificación temprana. Y valdría la pena recalcar lo que refieren Urrutia et al. (2014) sobre la importancia de sensibilizar a los profesores dentro de los cursos de formación docente sobre la salud mental de los estudiantes universitarios; y específicamente para la población en la que se centró este estudio, es lógico, que un profesional de la salud en su esfuerzo de promover, proteger y restaurar la salud de los pacientes, debe él mismo tener plena capacidad física, mental y social (Sindeev et al., 2019).

En conclusión, podemos decir que se sigue reforzando la relación tan mencionada entre la conducta suicida y la depresión y, además, sumar evidencias con la correlación que existe con el bienestar psicológico. A grandes rasgos también podemos caracterizar la conducta suicida en la muestra participante, concluyendo así que se trata de un pequeño grupo de estudiantes de medicina con síntomas de depresión, desesperanza, bajo bienestar psicológico, con ideación y/o intentos de suicidio previos, inmersos en ambientes familiares caóticos, con percepciones de rechazo y bajo apoyo social, receptores de constantes agresiones. Participantes que cuentan con una baja autoestima, así como con escasas habilidades

socioemocionales que les permitan identificar y regular sus emociones, además limitadas estrategias para la solución de problemas y toma de decisiones. Asimismo, hablamos de jóvenes que han atentado contra su vida por lo menos en alguna ocasión, donde el ambiente familiar es en la mayoría de los casos el factor con mayor peso y el motivo principal de la decisión. Hablamos de estudiantes que por ser de la carrera de medicina cuentan con el acceso y los conocimientos sobre el uso de instrumentos y partes específicas del cuerpo donde pueden hacer cortes mortales, que hace que no sea casualidad que algunos participantes los pusieran en práctica, pues como señala Durkheim (2008), la persona tiende a emplear el medio de destrucción que encuentra a la mano y que por su práctica diaria le es más familiar. En este sentido, es importante prestar atención al uso que se le da a este material, dado que puede pasar de ser una herramienta escolar a un arma letal. De ahí una de las razones principales de porque poner atención a esta población y promover estrategias.

Finalmente, esta investigación evidencia la necesidad de seguir trabajando para disminuir las tasas altas que posicionan al suicidio como un problema de salud pública a nivel mundial y evitar que todo intento no se convierta en el primero de muchos más que un día pueden terminar en una muerte por suicidio. Continuar trabajando en la promoción del cuidado de la salud mental, romper con tabúes respecto al solicitar apoyo psicológico o psiquiátrico. Trabajar no sólo a nivel individual sino también familiar y social. Tratar de disminuir factores de riesgo, pero igualmente promover o potenciar aquellos protectores. Donde las universidades pueden ser un escenario perfecto para ello, los estudiantes llegan a pasar más de la mitad de su día en las aulas, varios días de la semana durante varios años. Es aquí dónde como se mostró, muchas veces se refleja su estado de ánimo y las situaciones personales que viven. Por ello, es necesaria la implementación de estrategias en este ambiente, reestructurar la dinámica de que sea sólo el espacio para aprender habilidades académicas sino también emocionales y sociales. Es responsabilidad ética de las casas superiores de estudio no sólo instruir a los estudiantes en la materia, sino formar profesionales íntegros y con una buena salud mental (Lugo, Medina y Yocupicio, 2021). Identificar factores de riesgo, prevenirlos y dar una intervención oportuna suma tiempo y esfuerzos, pero da a cambio una o muchas vidas.

Referencias bibliográficas

- Aguilera, E., García M. y Cáceda G. (2016). La familia como determinante social del intento de suicidio en adultos jóvenes: una mirada desde la complejidad. *“Ciencia y Tecnología”*, 12(1), 161-175.
- Alcántar, E. M. (2002). *Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar*. (Tesis de licenciatura). Facultad de Psicología, México, D.F.
- Álvarez, E. y Gastó, C. (2008). *Sintomatología depresiva en atención primaria*. España: ICG Marge.
- Araujo, V. y Savignon, D. (2018). Bienestar psicológico en estudiantes repitentes de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana. *Revista Cubana de Educación Superior*, 2, 178-188.
- Ardila, S. y González, M. (2020). Comportamiento suicida: subjetividades en la dinámica interna familia. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 12(1), 82-101.
- Arrieta, K., Díaz, S. y González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14-22.
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, V. y Lozano, T. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3(1), 17-26.
- Barón, B. O. (2000). Adolescencia y suicidio. *Psicología desde el Caribe*, (6), 48-69.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2005). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (16° edición). España: Descleé de Brouwer.
- Bermúdez, S., Durán, M., Escobar, C., Morales, A., Monroy, S., Ramírez, A., Ramírez, J., Trejos, J., Castaño, J. y González, S. (2006). Evaluación de la relación entre

- rendimiento académico y estrés en estudiantes de Medicina. *MedUNAB*, 9(3), 198-205.
- Blandón, O., Carmona, J., Mendoza, M. y Medina, O. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 19(5), 469-478.
- Boletín UNAM (2018). *Con problemas de depresión, dos y medio millones de jóvenes mexicanos.* Recuperado de http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2018_655.html
- Campos, A., González, S., Sánchez, Z., Rodríguez, D., Dallos, C. y Díaz, L. (2005). Percepción del rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 76(1), 21-26.
- Cañón, S., Fandiño, D., Narváez, M., Carmona, J., Alvarado, S. y Carmona, D. (2017). El suicidio en jóvenes universitarios: una revisión documental. En J. A. Carmona et al. (Comp.). *El suicidio y otros comportamientos autodestructivos en jóvenes universitarios en Colombia y Puerto Rico: acciones, interacciones y significaciones*. Manizales, Colombia: Universidad de Manizales.
- Castañeda, N. (2016). Prevención psicológica y neuropsicológica de factores de riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 19(36), 336-346.
- Castaño, J., Constanza, S., Betancur, M., Castellanos, P., Guerrero, J., Gallego, A. y Llanos, C. (2014). Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia sede Manizales. *Diversitas*, 11(2).
- Castro, A. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 23(3), 43-72.

- Castro, A., Rangel, A., Camacho, P. y Rueda, G. (2010). Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(4), 705-715.
- Casullo, M. y Castro, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de psicología de la PUCP*, 18(1), 35-68.
- Chávez, A. (2016). Bienestar psicológico y riesgo suicida en estudiantes de 5° grado de Secundaria del distrito de Los Olivos. *PsiqueMag*, 4(1), 81-86.
- Chávez, A., Medina, M. y Macías, L. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud Mental*, 31(3), 197-203.
- Coffin, N. y Álvarez, M. (2009). Prevalencia de ideación suicida en usuarios que solicitan servicio médico o psicológico en una clínica-escuela universitaria. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12(4), 105-120.
- Coffin, N., Álvarez, M. y Marín, A. (2011). Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: un estudio piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 341-354.
- Collogo, Z. y Campo, A. (2006). Asociación entre síntomas depresivos con importancia clínica y rendimiento académico en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 5(1), 33-39.
- Conselleria de Sanitat Universai i Salut Pública (2017). *Vivir es la salida. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida*. España: Generalitat Valenciana.
- Contini de Gonzáles, E. N. (2006). *Pensar la adolescencia hoy: de la psicopatología al bienestar psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Córdova, M., Cubillas, M. y Román, R. (2011). ¿Es posible prevenir el suicidio? Evaluación de un programa de prevención en estudiantes de bachillerato. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 21-32.

- Córdova, M. y Rosales, J. (2011). Consistencia interna y estructura factorial de la Escala de Desesperanza de Beck en estudiantes mexicanos. *Revista de Psicología, 29(2)*, 289-309.
- Córdova, M., Rosales, M., Caballero, R. y Rosales, J. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana, 15(3)*, 17-21.
- Cornejo, M. L. (2005). Preocupaciones vitales en estudiantes universitarios relacionados con el bienestar psicológico y modalidades de afrontamiento. *Fundamentos en Humanidades, 6(12)*, 143-153.
- Cuesta-Revé, D. (2017). Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Revista Mexicana de Pediatría, 82(2)*, 72-77.
- Denis, E., Barradas, M., Delgadillo, R., Denis, P. y Melo, 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(15)*.
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno B., Gallardo, I., Valle, C. y Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema, 18(3)*, 572-577.
- Domínguez, M., Betancourt, D. y Cañas. J. (2014). Control parental e intento de suicidio en adolescentes mexicanos. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales, 5(2)*, 240-252.
- Durkheim, É. (2008). *El suicidio*. México, D.F.: Grupo Editorial Éxodo.
- Eguiluz, L. y Mera, J. (2014). Medición del riesgo suicida, bienestar psicológico y estructura familiar en estudiantes de primer ingreso a las carreras de la salud. *Revista IIPSI, 17(1)*, 43-53.
- Fernández, M. y Casullo, M. (2006). Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. *RIDEP, 1(21)*, 9-22.

- Ferrel, R., Barros, A. y Hernández, O. (2011). Depresión y factores sociodemográficos asociados en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud de una universidad pública (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 27, 40-60.
- Fieldman, L., Goncalves, L., Chacón-Puignau, G., Zaragoza, J., Borges, N. y De Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*, 7(3), 739-751.
- Foulloux, C., Barragán, V., Ortiz, S., Jaimes, A., Urrutia, M. y Guevara, R. (2013). Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de medicina. *Salud Mental*, 36(1), 59-65.
- Gallego, H. A. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (35), 326-345.
- Garbanzo, V. G. (2007). Factores asociados al rendimiento académico en estudiantes universitarios, una reflexión desde la calidad de la educación superior pública. *Educación*, 31(1), 43-63.
- García-Alandete, J. (2013). Bienestar psicológico, edad y género en universitarios españoles. *Salud y Sociedad*, 4(1), 48-58.
- García-Alandete, J. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *EN-CLAVES DEL PENSAMIENTO*, 8(16), 13-29.
- García del Alba, J., Quintanilla, R., Sánchez, L., Morfín, T. y Cruz, J. (2011). Consenso cultural sobre el intento de suicidio en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(2), 167-179.
- Garduño, R., Gómez, K. y Peña, A. (2011). *Suicidio en adolescentes*. (Tesina). Asociación Mexicana de Tanatología, México, D.F.
- Gérard, A. (2012). *Depresión. La enfermedad del siglo*. España: Ediciones Mensajero.

- Gobierno de México (2012). *Violencia en la familia*. Recuperado de <http://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/violencia-en-la-familia>
- Gómez, E., Plascencia, M. y Zamarrón, G. (2005). Percepción del riesgo suicida y otros problemas emocionales en una muestra de adolescentes de Aguascalientes. *Investigación y Ciencia, 13(32)*, 29-36.
- Gómez-Bustamante, E. y Cogollo, Z. (2010). Factores predictores relacionados con el bienestar general en adolescentes estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista Salud Pública, 12(1)*, 61-70.
- González, C., García, G., Medina-Mora, M. y Sánchez, M. (1998). Indicadores psicosociales predictores de la ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental, 21(3)*, 1-9.
- González, C., Ramos, L., Caballero, M. y Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación suicida e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema, 15(4)*, 524-532.
- González, H., Delgado, H., Escobar, M. y Cárdenas, M. (2014). Asociación entre el estrés, el riesgo de depresión y el rendimiento académico en estudiantes de los primeros semestres de un programa colombiano de medicina. *Fundación Educación Médica, 17(1)*, 47-54.
- González, R., Montoya, I., Casullo, M. y Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico. *Psicothema, 14(2)*, 363-368.
- González, S., Díaz, A., Ortiz, S., González-Forteza, C. y González, J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Salud Mental, 23(2)*, 21-30.
- González-Forteza, C., Solís, C., Jiménez, A., Hernández, I. González, A., Juárez, F., Medina-Mora, M. y Fernández-Várela, H. (2011). Confiabilidad y validez de la

- escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 34(1), 53-59.
- González-Fuentes, M. y Andrade, P. (2013). Auto-aceptación como factor de riesgo para el intento de suicidio en adolescentes. *Salud & Sociedad*, 4(1), 26-35.
- Granados, J., Gómez, O., Islas, M., Maldonado, G., Martínez, H. y Pineda, A. (2020). Depresión, ansiedad y conducta suicida en la formación médica en una universidad de México. *Inv Ed Med*, 4(35), 65-74.
- Guerrero, J., Heinze, G., Ortiz, S., Cortés, J., Barragán, V. y Flores, M. (2013). Factores que predicen depresión en estudiantes de medicina. *Gaceta Médica de México*, 149, 598-604.
- Gutiérrez, J., Montoya, L., Toro, B., Briñon, M., Rosas, E. y Salazar, L. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *CES Medicina*, 24(1), 7-17.
- Hermosillo, A., Vacio, M., Méndez, C., Palacios, P. y Sahagún, M. (2015). Sintomatología depresiva, desesperanza y recursos psicológicos: una relación con la tentativa de suicidio en una muestra de adolescentes mexicanos. *Acta Universitaria*, 25(2), 52-56.
- Hernández, Q. y Gómez, E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 45-52.
- Hidrobo, C. Y. (2015). *Estado de investigación sobre el riesgo suicida en adolescentes y jóvenes latinoamericanos, en los últimos diez años*. Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades, Bogotá, Colombia.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (Datos nacionales)*. Recuperado de https://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf
- Jara, D., Velarde, H. Gardillo, G., Guerra, G., León, I., Arroyo, C. y Figueroa, M. (2008). Factores incluyentes en el rendimiento académico de estudiantes del primer año de medicina. *Anales de la Facultad de Medicina*, 69(3), 193-197.
- Jiménez, M. (2008). Conducta e ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista Griot*, 1(4), 5-17.
- Jiménez, R. y Cardiel, L. (2013). El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. *Papeles de POBLACIÓN*, 77, 205-229.
- Legua, M. y Arroyo, H. (2011). Prevalencia y factores asociados a sintomatología depresiva en estudiantes de medicina de la provincia de Ica, Perú. *Revista Médica Panacea*, 1(2), 28-33.
- Lugo, J., Medina, J. y Yocupicio, D. (2021). Salud mental y suicidio del Médico en México: Un tema incómodo y poco explorado. *Revista de Medicina Clínica*, 05(02), 1-5.
- Marrón, M. A. (2015). *Depresión en estudiantes universitarios y su correlación con rendimiento académico*.
- Medina, A., Herazo, O., Barros, A., Rodelo, Y. y Salinas, L. (2017). Factores psicosociales asociados a la conducta suicida en adolescentes. *Avances en Psicología*, 25(1), 49-57.
- Medina, M., Gutiérrez, C. y Padrós, F. (2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff en población mexicana. *Revista de Educación y Desarrollo*, 27, 25-30.

- Micin, S. y Bagladi, V. (2010). Salud mental en estudiantes universitarios: incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. *Terapia Psicológica*, 29(1), 53-64.
- Morales, S., Fischman, R., Echávarri, O., Barros, J., Armijo, I., Moya, C., Maino, M. y Niñez, C. (2016). Vivencia-expresión de la rabia y razones para vivir en un grupo de pacientes chilenos con riesgo suicida. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 7, 60-68
- Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., Maino, M., Armijo, I., Fischman, R., Núñez, C., Moya, C. y Monari, M. (2017). Intento e Ideación Suicida en Consultantes a Salud Mental: Estilos Depresivos, Malestar Interpersonal y Satisfacción Familiar. *Psykhe*, 26(1), 1-14.
- Murillo, B. y Botero, O. (2005). Atribuciones que dan los estudiantes de los dos primeros semestres de Medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira, al bajo rendimiento académico, *Revista Médica de Risaralda*, 11(2).
- Navascués, A., Calvo-Medel, D. y Bombin-Martín, A. (2016). Efectos del bienestar subjetivo y psicológico en los resultados terapéuticos de un Hospital de Día. *Acción Psicológica*, 13(2), 143-156.
- Oramas, A., Santana, S. y Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 7(1-2), 34-39.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Prevención del suicidio (SUPRE)*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- Organización Mundial de la Salud (2018a). *Suicidio*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud (2018b). *Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Ortega, G. M. (2018). *Comportamiento suicida. Reflexiones críticas para su estudio desde un sistema psicológico*. Hermosillo, Sonora: Qartuppi.
- Osornio, C. L. (1999). *Caracterización de la personalidad de los adolescentes suicida*. (Tesis de maestría). Facultad de Psicología, México, D.F.
- Osornio, L., García, L., Méndez, A. y Garcés, L. (2008). Depresión, dinámica familiar y rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Archivos de Medicina Familiar, 11(1)*, 11-15.
- Osornio, L. y Palomino, L. (2009). Depresión en estudiantes universitarios. *Archivos en Medicina Familiar, 11(1)*, 1-2.
- Pereyra, R., Ocampo, J., Silva, V., Vélez, E., Costa, A., Toro, L. y Vicuña, J. (2010). Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de Ciencias de la Salud de una universidad privada de Lima, Perú 2010. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 37(4)*, 520-526.
- Pérez. M., Martínez, L, Viancha, M. y Avendaño B. (2017). Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá – Colombia. *Revista Diversitas. Perspectivas en Psicología, 13 (1)*.
- Pérez, B., Rivera, L., Atienzo, E., Castro, F., Leyva, A. y Chávez, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud Pública de México, 52(4)*, 324-333.
- Piedrahita, L., García, M., Sirley, J. y Stivalis, I. (2011). Identificación de los factores relacionados con el intento de suicidio, en niños y adolescentes a partir de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. *Colombia Médica, 42*, 334-341.
- Riveros, M., Hernández, H. y Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista IIPSI, 10(1)*, 91-102.

- Rodríguez, F. A. (2009). Autoconcepto físico y bienestar/malestar psicológico en la adolescencia. *Revista de Psicodidáctica*, 14(1), 155-158.
- Rosales J. y Córdova, M. (2011). Ideación suicida y su relación con variables de identificación personal en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13(2), 9-30.
- Rosales, J., Córdova, M. y Escobar, M. (2013). Ideación suicida en estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Tlaxcala y variables asociadas. *Alternativas en Psicología*, 28, 20-32.
- Rosales, J., Córdova, M. y Ramos, R. (2012). Ideación suicida en estudiantes mexicanos: un modelo de relación múltiple con variables de identificación personal. *Psicología y Salud*, 22(1), 63-74.
- Rosas, M. y López, E. (2011). *La depresión. Nuevas herramientas psicoterapéuticas*. México: Trillas.
- Salamanca, Y. y Siabato, E. (2017). Investigación sobre ideación suicida en Colombia, 2010-2016. *Pensando Psicología*, 13(21), 59-70.
- Sánchez, D., Muela, J. y García, A. (2014). Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes. *International Journal of Psychological Therapy*, 14(2), 277-290.
- Sánchez, R., Cáceres, H. y Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomédica*, 22, 407-416.
- Santillán, C., Espinosa, V., Sandoval, A. y Eguluz, L. (2017). Bienestar psicológico, conductas asociadas al suicidio y el desempeño académico en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(3), 1124- 1150.
- Scheinson, M. y Dotta, P. (2008). Riesgo de comportamiento suicida, bienestar psicológico y religiosidad en pacientes psiquiátricos 16 internados. *XV Jornadas*

de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Serrano, C., Rojas, A. y Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 47-60.
- Sindeev, A., Arispe, C. y Villegas, J. (2019). Factores asociados al riesgo e intento suicida en estudiantes de medicina en una universidad privada de Lima. *Rev Med Hered*, 30, 232-241.
- Soria, R. Ávila, E. y Sandoval, M. (2015). Estudio de género sobre depresión y consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de carreras del área de la salud y de otras áreas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(2), 879-903.
- Soutullo, E. C. (2005). *Depresión y enfermedad bipolar en niños y adolescentes*. España: Ediciones Universidad de Navarra, S.A.
- Suárez, Y., Restrepo, D. y Caballero, C. (2016). Ideación suicida y su relación con la inteligencia emocional en universitarios colombianos. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud*, 48(4).
- Toro, R., Grajales, F. y Sarmiento, J. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Arquichan*, 16(4), 473-486.
- Urrutia, M., Ortiz, S., Foulloux, C., Ponce, E. y Guevara, R. (2014). El rendimiento académico en el primer año de la carrera de médico cirujano: modelo multivariado explicativo. *Gaceta Médica de México*, 150, 324-333.
- Vargas, I., Ramírez, C., Cortés, J., Farfán, A. y Heinze, G. (2011). Factores asociados al rendimiento académico en alumnos de la Facultad de Medicina: estudio de seguimiento a un año. *Salud Mental*, 34, 301-308.

- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.
- Vázquez, D., Piña, M., González, C., Jiménez, A. y Mondragón, L. (2015). La investigación sobre suicidio en México en el período 1980-2014: análisis y perspectivas. *Acta Universitaria*, 25(2), 62-69.
- Velásquez, C., Montgomery, W., Montero, V., Pomalaya, R., Dioses, A., Velásquez, N., Araki, R. y Reynoso, D. (2008). Bienestar psicológico, asertividad y rendimiento académico en estudiantes universitarios Sanmarquinos. *Revista IIPSI*, 11(2), 139-152.
- Vera-Villarroel, P., Urzúa, A., Silva, J., Pavez, P. y Celis-Atenas, K. (2013). Escala de Bienestar de Ryff: Análisis Comparativo de los Modelos Teóricos en Distintos Grupos de Edad. *Psicología: Reflexão e Crítica*, 26(1), 106-112.
- Vivo, S., Saric, D., Muñoz, R., López, P., McCoy, S. y Bautista, S. (2013). *Guía para medir comportamientos de riesgo en jóvenes*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Zubieta, E., Fernández, O. y Sosa, F. (2012). Bienestar, valores y variables asociadas. *Boletín de Psicología*, 106, 7-27

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
 PSICOLOGÍA

**Consentimiento Informado**

Los Reyes Iztacala, Edo. de México, a _____ de _____ del 2019

El siguiente instrumento tiene como objetivo identificar la prevalencia de riesgo suicida y su asociación con la depresión y el bienestar psicológico, para la elaboración de un trabajo de investigación que formará parte de una tesis licenciatura en Psicología. Por lo que el presente documento pretende solicitar su permiso para participar en la realización de dicho trabajo.

La participación consta únicamente de responder los siguientes cuestionarios. Dicha participación es estrictamente voluntaria, por lo que en caso de aceptar también tendrá todo el derecho de retirarse en el momento que usted decida.

Asimismo, es importante señalar que la información que proporcione será utilizada de manera confidencial y sólo para fines de esta investigación, por lo que al presentar los datos se usarán números de identificación o pseudónimos.

De acuerdo a esto yo, _____ manifiesto que he sido informado sobre la investigación y dejo claridad de mi aceptación voluntaria en la investigación realizada por la egresada de la carrera de psicología Victoria Mariel Reséndiz Morales.

De igual forma, autorizo a que la información recopilada sea compartida entre los miembros que participan en este proyecto y tomada para la posible publicación de resultados de investigación algún medio de divulgación científica.

Para obtener información adicional sobre el trabajo puede ponerse en contacto con la responsable del trabajo. Agradecemos su atención y esperamos contar con su participación.

Reséndiz Morales Victoria Mariel

Resendizmariel64@gmail.com

55-45-41-17-78

Firma

Anexo 2. Cuestionario de Datos Generales

NOMBRE: _____

SEXO: _____ EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

TELÉFONO: _____ ESCOLARIDAD: _____

ESTRUCTURA FAMILIAR

Número de integrantes de tu familia (con quien vives): _____

Descríbelos:

PARENTESCO	NOMBRE	EDAD	OCUPACIÓN	EDO. CIVIL
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

1.- ¿Tus padres viven aún? Sí _____ No _____

2.- Si tu respuesta a la pregunta anterior es negativa, contestar:

Quién falleció: _____ Hace cuánto tiempo: _____

Cuál fue la causa: _____

3.- ¿Estás actualmente o has estado en algún momento recibiendo atención psiquiátrica o psicológica?

Sí _____ No _____

4.- Si tu respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, contestar:

Durante cuánto tiempo: _____

En alguna institución pública: _____ En atención privada: _____

Cuál fue el motivo de la consulta: _____

5.- ¿Algún miembro de tu familia está actualmente o ha recibido atención psiquiátrica o psicológica?

Sí _____ No _____

6.- Si tu respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, contestar:

Durante cuánto tiempo: _____

En alguna institución pública: _____ En atención privada: _____

Cuál fue el motivo de la consulta: _____

MALTRATATO

7.- ¿Consideras haber sido objeto de algún tipo de abuso por parte de alguno de tus padres o familiares cercanos? Sí ____ No ____

8.- Si tu respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, contestar:

Por parte de quién: _____

A qué edad: _____ Durante cuánto tiempo: _____

Tipo de abuso: sexual _____ emocional _____ físico _____

Por qué lo consideras así: _____

9.- ¿Cuáles son los principales problemas que tienes con tu familia?

10.- Cuando se toman decisiones importantes en tu familia ¿toman en cuenta tu opinión?

Sí ____ No ____ Por qué _____

11.- ¿Te sientes o te has sentido rechazado por algún miembro de tu familia?

Sí ____ No ____ Por quién (puedes mencionar más de una persona) _____

Por qué _____

12.- ¿El sentirte rechazado por algún miembro de tu familia de qué forma piensas que te ha afectado?

13.- ¿Podrías afirmar que tus problemas familiares se relacionan directamente con el pensamiento o intento de no querer vivir? Sí ____ No ____

Por qué _____

14.- ¿Algún miembro de tu familia o persona cercana a ti ha intentado suicidarse o se suicidó? Sí ____ No ____

Si tu respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, contestar:

Quién: _____

Qué parentesco o relación tienes o tenías con esa persona: _____

Hace cuánto tiempo fue que sucedió: _____

De qué manera: _____

A qué atribuyes el que haya tomado esa decisión en ese momento: _____

15.- ¿Alguna vez has intentado atentar contra tu vida? Sí ____ No ____

Si tu respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, contestar:

Cuántas veces: _____ Hace cuánto tiempo: _____

De qué manera: _____

A qué atribuyes el haber tomado esa decisión en ese momento: _____

Anexo 3. Inventario de Orientaciones Suicidas (ISO 30)

(ISO 30). Instrucciones: El propósito de este cuestionario es poder tener una idea aproximada de cómo ves ciertas áreas importantes de tu vida. Trata de contestar con la mayor sinceridad, pensando en cómo te sentiste estos últimos seis meses. Lea cuidadosamente las siguientes frases e indique con una **X** en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas, considerando que:

0 = totalmente en desacuerdo, **1** = en parte en desacuerdo, **2** = en parte de acuerdo, **3** = totalmente de acuerdo.

		0	1	2	3
1	Yo debo ser un soñador/a ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan				
2	Hay muchas posibilidades para mí de ser feliz en el futuro				
3	Generalmente pienso que aún los peores sentimientos desaparecen				
4	Ante un fracaso, confío que las personas con las que me relaciono no perderán las esperanzas en mí				
5	Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto				
6	Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa. Siento que me mintieron, ya que no es justa en absoluto				
7	Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí				
8	Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo				
9	Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor				
10	Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar a la vida				
11	Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz				
12	Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales				
13	Aun cuando estoy muy enojado/a por algo, puedo forzarme a mí mismo a pensar claramente, si lo necesito				
14	Generalmente pienso que las personas son importantes para mí, comprenden mis sentimientos bastante bien				
15	Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución				
16	Cuando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto				
17	Aun cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar				
18	Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos				

19	Siento que no pertenezco a ningún lado				
20	Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas				
21	Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad				
22	Siento que tengo control sobre mi vida				
23	Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo				
24	Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer				
25	Para no sentirse mal o solo/a, pienso que la solución es morirse				
26	Nadie me amaría si realmente me conociese bien				
27	Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser				
28	Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme)				
29	Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar				
30	Si mis cosas empeorasen, creo que me mataría				

Anexo 4. Escala de Desesperanza de Beck

ED (BECK). Instrucciones: Lea cuidadosamente y señale con una **X** si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal, considerando que: **V** = verdadero y **F** = falso.

		V	F
1	Espero el futuro con esperanza y entusiasmo		
2	Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo		
3	Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así		
4	No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años		
5	Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer		
6	En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar		
7	Mi futuro me parece oscuro		
8	Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio		
9	No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		
10	Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro		
11	Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		
12	No espero conseguir lo que realmente deseo		
13	Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora		
14	Las cosas no marchan como yo quisiera		
15	Tengo una gran confianza en el futuro		
16	Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17	Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		
18	El futuro me parece vago e incierto		
19	Espero más bien épocas buenas que malas		
20	No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré		
	PUNTUACIÓN TOTAL		

Anexo 5. Escala de Ideación Suicida de Beck

EIS (BECK). Instrucciones: Lea cuidadosamente este cuestionario y marque con un **círculo** el número de la frase de cada grupo que mejor lo describa. Asegúrese de leer todas las frases antes de elegir.

I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA

1. *Su deseo de vivir es:*

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

2. *Su deseo de morir es:*

- 0. No tengo deseos de morir
- 1. Pocos deseos de morir
- 2. Moderado a fuerte

3. *Sus razones para vivir/morir son:*

- 0. Porque seguir viviendo vale más que morir
- 1. Aproximadamente iguales
- 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo

4. *Su deseo de realizar un intento de suicidio activo es:*

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

5. *Realizar un intento de suicidio pasivo:*

- 0. Tomaría precauciones para salvaguardar la vida
- 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte
- 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida

II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS

6. *Duración de pensamientos/deseos suicida*

- 0. Breve, períodos pasajeros
- 1. Por amplios períodos de tiempo
- 2. Continuo (crónico) o casi continuo

7. *Frecuencia de pensamientos/deseos suicida*

- 0. Raro, ocasional
- 1. Frecuentemente
- 2. Casi todo el tiempo

8. *Actitud hacia la ideación/deseo*

- 0. Rechazo
- 1. Ambivalente, indiferente
- 2. Aceptación

9. *Control sobre la acción/deseo de suicidio*

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

10. *Sus razones o motivos que detiene la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar)*

- 0. No lo intentará porque algo lo detiene
- 1. Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detienen
- 2. No tiene o mínimo interés en las razones que detienen

11. *Razones para pensar/desear el intento suicida*

- 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
- 1. Combinación de 0 y 2
- 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta

Indicar cuáles son estos factores que detienen la tentativa

III. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO

12. *Método (especificidad/planificación del intento contemplado)*

- 0. No considerado
- 1. Considerado, pero detalles no calculados
- 2. Detalles calculados/bien formulados

13. *Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)*

- 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
- 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa

2. Método y oportunidad accesibles. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

14. Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento

0. No tiene el valor, demasiado débil, miedoso, incompetente

1. Inseguridad sobre su valor

2. Seguro de su valor, capacidad

15. Expectativas/espera del intento actual

0. No

1. Incierto

2. Sí

IV. ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO

16. Preparación actual para el intento contemplado

0. Ninguna

1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)

2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)

17. Nota suicida

0. Ninguna

1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada

2. Nota terminada

18. Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)

0. Ninguno

1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos

2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales

19. Engaño/encubrimiento del intento contemplado

0. Reveló las ideas abiertamente

1. Frenó lo que estaba expresando

2. Intentó engañar, ocultar, mentir

Anexo 6. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

CES-D. Instrucciones: Las siguientes afirmaciones describen formas en que la gente actúa o se siente. Por favor, lee cada afirmación y encierra en un **círculo** el número de días (0 a 7) que te sentiste durante la semana pasada.

		DÍAS			
		(0)	(1)	(2)	(3)
1	Me molestaron cosas que generalmente no me molestan	0	1-2	3-4	5-7
2	No tenía hambre, no tenía apetito	0	1-2	3-4	5-7
3	Sentía que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de mi familia o amigos	0	1-2	3-4	5-7
4	Sentía que era tan bueno como los demás	0	1-2	3-4	5-7
5	Tenía problemas poniendo atención a lo que estaba haciendo	0	1-2	3-4	5-7
6	Me sentía deprimido(a)	0	1-2	3-4	5-7
7	Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo	0	1-2	3-4	5-7
8	Veía un futuro con esperanza	0	1-2	3-4	5-7
9	Pensé que mi vida era un fracaso	0	1-2	3-4	5-7
10	Tenía miedo	0	1-2	3-4	5-7
11	Dormí sin descanso	0	1-2	3-4	5-7
12	Estaba feliz	0	1-2	3-4	5-7
13	Platiqué menos de lo normal	0	1-2	3-4	5-7
14	Me sentí solo(a)	0	1-2	3-4	5-7
15	Sentí que la gente era poco amigable	0	1-2	3-4	5-7
16	Disfruté de la vida	0	1-2	3-4	5-7
17	Lloraba a ratos	0	1-2	3-4	5-7
18	Me sentía triste	0	1-2	3-4	5-7
19	Sentía que no le caía bien a otros	0	1-2	3-4	5-7
20	No podía “seguir adelante”	0	1-2	3-4	5-7

Anexo 7. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

EBP (RYFF). Instrucciones: Responda a cada una de las siguientes preguntas de acuerdo con la siguiente escala:

- (1) Completamente de acuerdo
- (2) De acuerdo
- (3) Parcialmente de acuerdo
- (4) Parcialmente en desacuerdo
- (5) En desacuerdo
- (6) Completamente en desacuerdo

1	Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.	()
2	A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.	()
3	No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.	()
4	Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.	()
5	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.	()
6	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.	()
7	En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.	()
8	No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar	()
9	Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.	()
10	Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes.	()
11	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.	()
12	Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.	()
13	Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría.	()
14	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.	()
15	Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.	()
16	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.	()
17	Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.	()
18	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.	()
19	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.	()
20	Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo.	()
21	Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.	()
22	Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.	()
23	Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.	()
24	En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.	()
25	En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.	()
26	No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.	()
27	Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.	()
28	Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria.	()

29	No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.	()
30	Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.	()
31	En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.	()
32	Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.	()
33	A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.	()
34	No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.	()
35	Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.	()
36	Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.	()
37	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.	()
38	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.	()
39	Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.	()