



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
P R E S E N T A (N)

Dictaminadores:



Los Reyes Iztacala, Edo de México,



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.

RESUMEN

La conducta suicida se ha convertido en una de las principales causas de muerte y es considerada un problema de salud pública. En los últimos años ha incrementado, especialmente en la población joven, pues el 40% de las muertes reportadas por suicidio pertenecen a esta población. La conducta suicida es un fenómeno que se ha investigado a lo largo del tiempo por ser un fenómeno multifactorial. Uno de los aspectos más estudiados es el bienestar psicológico y su relación con la aparición o presencia de la conducta suicida. A pesar de ello, muy pocos estudios se han enfocado en la evaluación y descripción de este. Por este motivo el objetivo de esta tesis fue evaluar y describir el bienestar psicológico de estudiantes universitarios que han presentado alguna conducta suicida. El bienestar psicológico, por otra parte, se concibe como el funcionamiento positivo que tiene el individuo en las distintas áreas de su vida. En la presente investigación participó una muestra de 50 estudiantes de la FESI que reportaron tener alguna conducta suicida, así como estudiantes que no la han presentado. Se les aplicó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff desde el momento en que solicitaban una consulta en el CREAS. Las variables que se tomaron en cuenta para realizar la descripción del bienestar psicológico fueron sexo, orientación sexual, licenciatura que cursan y si esta fue la opción que eligieron. De acuerdo a los resultados obtenidos la mayoría de los estudiantes tienen un nivel de bienestar psicológico alto a pesar de que la mayoría de estos presentan alguna conducta suicida. De igual forma se encontró que los estudiantes que tienen un nivel de BP bajo, también presentan este tipo de conductas. Como conclusión se obtuvo que el BP es muy variado de alumno a alumno. Si bien el objetivo principal no fue buscar relación entre el nivel de BP y la presencia de conducta suicida, los resultados indican la ausencia de esta, pues tanto estudiantes con BP alto como bajo presentan alguna de estas conductas. Por lo que hay factores ajenos a los evaluados que pueden estar motivando este tipo de conductas a pesar de que los alumnos presenten un buen nivel de bienestar psicológico.

DEDICATORIA

A mi mamá

Por ser una persona que no se rinde nunca. Que siempre mira hacia delante. Por estirarme la mano en cada caída que he tenido y por motivarme a seguir día con día. Por estar en los momentos malos, buenos y excelentes. Por ser papá y mamá. Por escucharme, aconsejarme, regañarme y motivarme. Por todo eso y más...mamá...hoy quiero dedicarte este paso de mi vida porque es producto y esfuerzo de ambas. Porque durante todo este recorrido jamás me soltaste, porque me apoyaste incondicionalmente y sobre todo porque fuiste la persona que más creyó en mi aun cuando tenía momentos difíciles. Por todo lo anterior quiero decirte: "Te amo mamá...muchas gracias".

A Orbita

Por la segunda oportunidad que me diste, porque sin ti no hubiera dado este paso tan importante. Es uno de los momentos más relevantes en mi vida, y es gracias a ti que lo estoy viviendo. Dan...eres inspiración, eres inteligencia, razón y grandeza. Tus palabras son alivio y motivación. Eres una gran persona y he tenido el privilegio de aprender de ti. Gracias por tu apoyo incondicional y por acompañarme cada día. Por todo esto quiero que sepas que: "Te quiero mucho...gracias por no soltarme y por no dejarme ir".

AGRADECIMIENTOS

A Kelly, mi hermana.

Por estar presente cada día y cada momento. Por las bromas sobre la tesis. Por confiar en mí. “Te quiero”.

A Samuel

Por el tiempo que estuvo a mi lado, por los consejos y los regaños. Por ser como un padre. Eres grande. “Gracias”

A Iván, mi tío

Por su apoyo, porque me has ayudado en mi crecimiento profesional y me has apoyado como no tienes idea. Valoro mucho tu apoyo. “Te quiero mucho tío...gracias”

A la Dra. Blanquita

Por todo el apoyo y la confianza que me dio cuando más lo necesitaba. Por creer en mí y procurarme. Dra. he aprendido mucho de usted, tanto de su persona como de su profesionalidad. “La apreció bastante...muchas gracias”

A Nathaly

Eres una luz en mi camino, la luz que me guió en los momentos más difíciles, eres parte del porque estoy aquí. Encontré en ti una gran amiga. Gracias por escucharme y por apoyarme cuando todo lo sentí perdido. “Te quiero mucho, gracias por todo”.

A Armando

Eres una persona muy significativa en mi vida. Me has enseñado cosas que no conocía de mí. A creer en mí y a confiar en mí proceso, a avanzar sin miedo, a tener paciencia. Gracias por la seguridad, el cariño y el apoyo. Por la motivación y la sinceridad que te caracteriza. Gracias por ser fuerte y directo. Por tu intelectualidad y tus conocimientos. Eres muy importante en mi vida y soy afortunada de compartir este momento contigo, porque eres una maravillosa y gran persona que resalta por su gigantesco ser. “Muchas gracias”.

Al profesor Isacc Camacho

Por decirme que no tenía la capacidad de estudiar en la Máxima Casa de Estudios. A pesar de que en su momento lo creí. Hoy con mucho orgullo le puedo decir profesor: “Se equivocó”. Este es el principio y voy por más...

A la Dra. Carolina Santillán

Por sus conocimientos, por transmitir lo maravilloso de la Psicología a cada uno de los alumnos. Por su paciencia, por la oportunidad que me dio de construir este proyecto bajo su supervisión. Por ser mi asesora. Aprendí de la mejor. Es una gran profesionalista y un ejemplo a seguir. “La apreció mucho Dra...gracias”

A la profesora María Guzmán

Por sus conocimientos y su rudeza. Porque gracias a usted conocí, comprendí y me enamoré de la Psicología clínica. Por ser mi profesora. Por sus explicaciones y correcciones. Por exigir más de mí en las clases. Gracias por todo el aprendizaje que me dio. Es una profesora excelente. “La aprecio mucho profesora”.

A la Dra. Andrea Witt

Dra. es una excelente persona. Gracias por su acompañamiento durante casi todo el recorrido en la universidad. Es una profesionalista excepcional, y parte de que este aquí es por usted. Es por eso que quise que formará parte de este momento. “Muchas gracias por todo Dra., la apreció bastante”.

A los participantes

Porque me ayudaron a comprender aún más este fenómeno. Porque me han enseñado a ver más allá de las palabras. Por abrir mi mente a nuevas formas de prevención.

A la UNAM-FESI, mi universidad, mi segunda casa

Por abrirme tus puertas después de varios intentos. Por las experiencias, las frustraciones, los conocimientos, los aprendizajes, las personas, los maestros, los amigos, pero sobre todo gracias por permitir formarme en una de las carreras más hermosas: La Psicología. Que me ha ayudado a ver más allá de lo visible.

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 1. Conducta suicida..... | 2 |
| 1.1 Definición de conducta suicida..... | 3 |
| 1.2 Proceso de la conducta suicida..... | 5 |
| 1.3 Breve historia de la conducta suicida..... | 10 |
| 1.4 Factores asociados a la conducta suicida..... | 15 |
| 1.5 Epidemiología de la conducta suicida..... | 19 |
| 2. Atención multidisciplinaria de la conducta suicida..... | 28 |
| 2.1 Atención en urgencias médicas..... | 29 |
| 2.2 Atención en Psiquiatría..... | 45 |
| 2.3 Atención en Psicología..... | 50 |
| 2.3.1 Primeros Auxilios Psicológicos..... | 51 |
| 2.3.2 Psicoterapia Cognitivo Conductual..... | 58 |
| 2.4 Crisis, Emergencias y Atención al suicidio (CREAS-Iztacala)..... | 62 |
| 3. Bienestar Psicológico..... | 69 |
| 3.1 Definición de Bienestar Psicológico..... | 70 |
| 3.2 Modelo de Bienestar Psicológico de Carol Ryff..... | 74 |
| 3.3 Psicología Positiva..... | 78 |
| 3.4 Bienestar psicológico y conducta suicida en universitarios..... | 80 |
| 4. Reporte de investigación..... | 96 |
| 4.1 Planteamiento del problema..... | 96 |
| 4.2 Metodología..... | 99 |
| 4.3 Resultados..... | 102 |
| 5. Discusión..... | 127 |
| 6. Conclusiones..... | 136 |
| REFERENCIAS..... | 140 |
| ANEXO..... | 151 |

INTRODUCCIÓN

Diversas disciplinas se han concentrado en el estudio del suicidio y de la conducta suicida. La psicología, por su parte se ha enfocado en el estudio de esta última poniendo especial énfasis en la prevención, evaluación, identificación y tratamiento de la misma. Además de estudiar la relación que existe con otras enfermedades.

La conducta suicida es un tema relevante en la actualidad debido al aumento en el índice de muertes por esta causa, especialmente en la población joven. De igual forma es importante resaltar que es un fenómeno al que se le debe poner suma atención, pues son diversos factores los que contribuyen al desarrollo de la misma.

En muchas ocasiones se desconoce que es la conducta suicida. Comúnmente se ha visto como un acto de cobardía que comete alguien en un momento de desesperación. Valdría la pena detenernos a pensar ¿Qué es la conducta suicida? ¿Cómo se ha concebido a lo largo del tiempo? ¿Cómo se concibe en la actualidad? ¿Qué es lo que hace que una persona cometa un acto así contra sí mismo? ¿Cómo podemos tratarlo o prevenirlo?

Las anteriores son algunas de las cuestiones que nos pueden ayudar a conocer más de dicho fenómeno y a comprender que es lo que ocurre cuando una persona la presenta.

Con la finalidad de comprender a profundidad este fenómeno se ha evaluado el bienestar psicológico de estudiantes de la FESI con y sin conducta suicida. De igual forma a lo largo del trabajo se abordan temas que son relevantes para su conocimiento y entendimiento del mismo.

Así pues, en el primer capítulo se habla sobre la conducta suicida en general. El segundo capítulo explica la atención multidisciplinaria que se suele brindar a la persona. El tercer capítulo describe el bienestar psicológico y como se ha estudiado tanto de forma individual como relacionado a la conducta suicida.

Finalmente vale la pena recalcar que el bienestar psicológico es punto clave en el desarrollo óptimo de una persona, y que el conocer sobre la conducta suicida y la atención multidisciplinaria enfocada a esta son factores que pueden contribuir a brindar una mejor atención a la persona que lo requiere.

1. CONDUCTA SUICIDA

La conducta suicida se ha convertido en una de las principales causas de muerte debido a la frecuencia con la que ocurren eventos relacionados a esta. Por ello es que actualmente se considera un problema de salud pública, pues además de los adultos, cabe resaltar que los jóvenes son los más susceptibles a realizar este tipo de conducta.

Para prevenir la conducta suicida es importante conocer desde cómo se define hasta los factores que están estrechamente ligados a su aparición, entre otros temas que son relevantes para evitar que las cifras de muerte por suicidio incrementen.

Es por lo anterior que en este primer capítulo se aborda el concepto de conducta suicida y como se ha definido a lo largo del tiempo. De igual forma se revisa el proceso por el cual una persona suele pasar para llegar a lo que se conoce como suicidio. Asimismo se repasa la historia del fenómeno con la finalidad de dar una perspectiva de cómo se ha visto a través de los años.

También se habla de los factores que se asocian a la aparición y desarrollo de la conducta suicida y finalmente, pero no menos importante se muestra la epidemiología de dicho fenómeno, la cual nos brinda una panorámica del suicidio en México. Ahora bien, como una breve introducción al tema, es importante que se conozca lo siguiente:

En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el suicidio como “un acto con resultado letal deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España, 2012, p. 43).

Actualmente el suicidio es un fenómeno que forma parte de la vida cotidiana, pues basta con echar un vistazo al periódico local o las noticias en la televisión para percatarnos de que este hecho ocurre hasta en los famosos más reconocidos, llámese cantante, actor e incluso escritor. Por estos preocupantes datos la OMS (2018) lo ha clasificado como un problema de salud pública, pues de acuerdo a ésta cerca de 800,000 personas se suicidan cada año, convirtiéndose en la segunda causa de muerte en personas de entre 15 a 29 años de edad. Asimismo, es importante mencionar que los hombres reportan más muertes por suicidio a comparación de las mujeres las cuales reportan más intentos, cabe destacar que, por cada

suicidio, el cual ocurre cada 40 segundos, existen 20 tentativas de este (Organización Panamericana de la Salud-OPS, 2017).

De igual forma, la conducta suicida es considerada como un problema complejo debido a los diversos factores que interactúan y a los múltiples métodos a los que se recurre para llevarlo a cabo. Así pues, los factores que usualmente se relacionan con esta problemática son los psicológicos, biológicos, sociales, culturales, genéticos, económicos, entre otros. Por otro lado, las problemáticas que se han relacionado con más frecuencia con la conducta suicida son los trastornos mentales como la depresión y el consumo de alcohol; la impulsividad, la cual se relaciona con la incapacidad para afrontar problemas de la vida cotidiana; dificultades económicas, rupturas de relaciones amorosas y las enfermedades crónicas. Aunado a lo anterior, los desastres naturales, conflictos, violencia, abuso, pérdidas y sensación de aislamiento son factores que usualmente están ligados con este fenómeno.

Además, es importante resaltar que los grupos más vulnerables a éste son los que sufren discriminación como los migrantes y refugiados, las comunidades indígenas, los reclusos y las personas que pertenecen a la comunidad LGBTTTIQ (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero, Travesti, Transexuales, Intersexuales y Queer). Finalmente, entre los métodos más utilizados se encuentran la autointoxicación, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego, es importante mencionar que toda esta información fue reportada por la OMS (2018).

Así pues, una vez que se ha visualizado la panorámica general en torno al tema del suicidio, es importante conocer las distintas formas en las que se ha definido, pues hay que recordar que este fenómeno se ha estudiado y abordado de diferente manera a lo largo del tiempo.

1.1 Definición de conducta suicida

La conducta suicida ha sido definida de diversas formas, sin embargo, todas ellas hacen referencia a un solo fin, el sacrificio de la propia vida.

La palabra *suicidio* se empleó por primera vez en la obra de Sir Thomas Brown en 1642, en la cual aparecen las raíces etimológicas *sui* “de sí mismo” y *cadere* “matar”, es decir “*matarse a sí mismo*”. Más tarde, en 1772, aparece dicho vocablo por primera vez en

castellano en la obra “La falsa filosofía y el ateísmo” de Fray Fernando de Ceballos (Daray, Grendas y Rebok, 2016).

Posteriormente, en 1897, el sociólogo francés Emile Durkheim, realiza la obra titulada *El suicidio*, en la cual menciona que “se llama suicidio toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto, positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima a sabiendas de que habría de producir este resultado” (trad. 2011, p. 14).

Con la finalidad de explicar la definición, Durkheim utilizó diversos ejemplos dentro de su obra para brindar una descripción más amplia del fenómeno, pues mencionaba que no era lo mismo saltar de un edificio estando psicótico a saltar de un edificio estando totalmente lucido o sano, por ello Durkheim menciona lo siguiente:

Así pues, cuando la devoción llega hasta el sacrificio cierto de la vida, es, científicamente un suicidio...el acto que lo consagra es cumplido con conocimiento de causa; que, sea cual fuere la razón que la llevará a conducirse así, la víctima, en el momento de obrar, sabe cuál va a ser el resultado de su conducta (trad. 2011, p. 13).

Por otro lado, Chávez y Leenaars (2010) hicieron una breve reseña de las investigaciones realizadas por Shneidman. De acuerdo a los autores, este pensador afirmaba que el suicidio es “un acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución”. Además, señalan que Shneidman fue el primero en preocuparse por dicho fenómeno, tanto de su estudio como de su prevención, razón por la que se conoce como el padre de la suicidología moderna.

El Diccionario de la Real Academia Española (DRAE, 2000), por su parte, define el suicidio como “un acto o conducta que daña o destruye al agente que practica dicha conducta haciendo referencia al acto de quitarse la vida de manera voluntaria”, cabe mencionar que esta es una de las definiciones más utilizadas y conocidas por la población en general.

Por otra parte, la OMS (2000) indica que para la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), este fenómeno se define como una lesión hecha así mismo de forma intencional, así como una conducta de afrontamiento.

Finalmente, González, Villatoro, Alcántar, Medina, Fleiz, Bermúdez y Amador (2002), reconocidos por ser expertos en el tema, señalan que el suicidio además de ser un acto, “es una cadena de comportamientos no necesariamente secuenciales o indispensables, los cuales son ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación del acto, ejecución del intento suicida y suicidio consumado” (p.3).

Esta última definición es una de las más importantes ya que contempla aspectos que otras han dejado fuera y que pueden ser relevantes tanto para la identificación como la prevención y tratamiento del suicidio. Dichos aspectos son las etapas por las que el individuo suele pasar para llegar a lo que se conoce como suicidio.

1.2 Proceso de la conducta suicida

El suicidio es un acto que, como ya se mencionó en su definición, conlleva distintas etapas o serie de comportamientos que no necesariamente llevan una secuencia, pues hay conductas que ocurren antes que otras y que de ser posible nos ayudan a detectar si el acto puede llevarse a cabo o no.

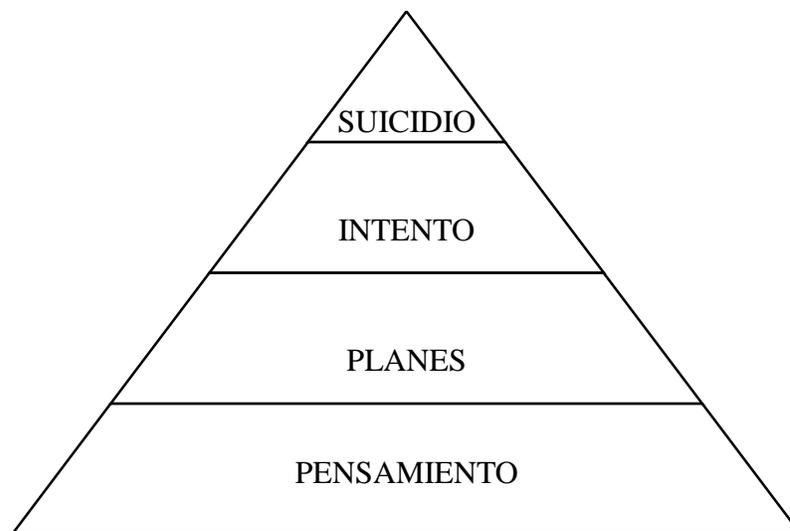
El pensamiento, la ideación, las amenazas de muerte, la planeación y el intento suicida son componentes cognitivos y conductuales que deben tomarse en cuenta al abordar la conducta suicida, ya que nos pueden dar una señal de alerta cuando una persona pretende efectuar el acto, pues no hay que olvidar que la relación entre estos componentes da pauta al reconocimiento de un riesgo probable. Siempre tomando en cuenta que el componente cognitivo es todo pensamiento que se presenta con frecuencia relacionado a ideas de muerte o autodestrucción, mientras que el componente conductual hace referencia a todo comportamiento intencional enfocado a atentar contra la vida propia, esto de acuerdo a Rosales (en Eguiluz, Córdova y Rosales, 2010).

Por otro lado, Van Heeringen (2001) hace énfasis en la importancia de reconocer las fases relacionadas con el desarrollo de la conducta suicida, mismas que se agrupan en lo que se conoce como la pirámide del suicidio (ver Figura 1) y la cual ha sido utilizada para identificar en qué etapa del proceso suicida se encuentra la persona.

Retomando lo que menciona Rosales (en Eguiluz, Córdova y Rosales, 2010) y en relación a lo anterior, el autor recalca que algunos de los componentes pueden ser de fácil

identificación, mientras que otros no, lo que a su vez puede ser de alto riesgo, pues son los componentes cognitivos, tales como los pensamientos e ideas los de difícil observación, mientras que los componentes conductuales, por ser observables, pueden fungir como señales de alerta para poder prevenir e intervenir a tiempo antes de que la persona tenga un trágico resultado.

Figura 1. Pirámide del suicidio (Van Heeringen, 2001).



Ahora bien, el **pensamiento suicida**, además de ser el componente cognitivo de inicio, Neuringer (2001; como se citó en Eguluz, Córdova y Rosales, 2010) señala que los suicidas comparten tres características de cómo organizan su pensamiento (ver Tabla 1):

Tabla 1
Características generales en la organización del pensamiento de las personas suicidas (Neuringer, 2001; como se citó en Eguluz, Córdova y Rosales, 2010, p. 89).

| Característica | Descripción |
|------------------------------------|--|
| Estructura del pensamiento suicida | Esta característica tiene tres aspectos importantes, el primero de ellos es el razonamiento catalógico, el cual hace referencia a la forma equivocada de ejecutar su razonamiento; el segundo aspecto es la desorganización semántica, en la cual la persona suele recurrir a estrategias cognitivas para evitar pensamientos o sentimientos relacionados con la muerte, y finalmente, el pensamiento dicotómico, es decir, estas personas con frecuencia tienen a tener una opinión o perspectiva polarizada, en donde solo hay dos soluciones, sin dar la oportunidad a una tercera o a un punto intermedio. |

Tabla 1 (continuación)
Características generales en la organización del pensamiento de las personas suicidas (Neuringer, 2001; como se citó en Eguiluz, Córdova y Rosales, 2010, p. 89).

| Característica | Descripción |
|-------------------------------------|---|
| Rigidez y constrictión | Hace referencia a la dificultad por aceptar nuevas conductas o cambios, ya que la persona suele tener una posición fija respecto a lo que piensa o decide. |
| Percepción distorsionada del tiempo | Las personas con pensamiento suicida tienden a pensar sólo en el presente, mismo que carece de gratificación, por lo que las situaciones son percibidas de forma distinta a las demás, ocasionando a su vez que no se tomen en cuenta eventos pasados e incluso que no se prevea el futuro. |

Cuando el pensamiento de muerte comienza a ser recurrente en una persona, de acuerdo al autor, se convierte en lo que se conoce como **ideación suicida**, la cual se caracteriza por ser el componente cognitivo más importante en el proceso suicida debido a que es a partir de esta la posible identificación y por tanto el momento clave para prevenir e intervenir antes de realizar el acto. A pesar de ser un componente cognitivo, y por tanto no observable, puede ser identificable ya que generalmente se acompaña de conductas como hablar constantemente sobre la muerte, regalar pertenencias más preciadas, utilizar frases de despedida, ordenar asuntos personales, entre otras.

De igual forma el autor menciona que la ideación suicida surge de dos objetivos, por una parte, funge como un buscador de cambios y por otro lado como un medio para atraer la atención de las personas que le rodean, además de ser el primer paso para avanzar en el proceso suicida y el cual puede dar pauta a la planeación, el intento y finalmente la ejecución del acto.

Para la OMS (2012; como se citó en Toro, Grajales y Sarmiento, 2016) la ideación suicida son un conjunto de pensamientos que van encaminados al deseo de querer estar muerto, pero que no están relacionados aún con una preparación o plan suicida. Asimismo, estos pensamientos se caracterizan principalmente por ser negativos con contenido de fantasías de muerte, deseos e ideas por causársela a sí mismo, sumando a ello la inconformidad con la vida y en ocasiones la organización de un plan para llevar a cabo dichas fantasías (Sapna, 2013; como se citó en Toro, et al., 2016)

Por otro lado, Córdoba, Rosales, Caballero y Rosales (2007) señalan que la ideación comprende aspectos como el deseo de morir, la representación suicida, la idea suicida sin un método determinado, la idea suicida con un plan o método inespecífico, la idea con un método determinado con planificación y el plan suicida.

Echeburúa (2015), por otra parte, indica que la ideación suicida son pensamientos recurrentes en el tiempo, mismos que en la mayoría de las ocasiones no son expresados a terceras personas y que se caracterizan por un deseo persistente de poner fin a la vida. Aunado a esto, el autor refiere que cuando la ideación suicida es aún más persistente suelen aparecer amenazas de muerte, mismas que son expresadas al entorno y que junto a un plan suicida pueden prever un intento o conducta suicida futuro. En cuanto a las autolesiones, señales que también suelen aparecer en esta etapa y que son identificables por ser heridas superficiales, se dice que en la mayoría de las ocasiones se relacionan con la adolescencia, pues es la etapa en la que generalmente se recurre a este método con la finalidad de expresar el malestar emocional que se está experimentando, y que por tanto se transforma en una conducta de riesgo que emite un grito de auxilio ya que la persona puede atentar contra su propia vida (Spirito y Donaldson, 1998; como se citó en Echeburúa, 2015).

Asimismo, García (en Blandón, Andrade, Quintero, García y Layne, 2015) refiere que las amenazas de muerte son expresiones que se suelen utilizar con la finalidad de provocar una reacción en los demás, ya sea por protesta, venganza o por el hecho de querer que alguien se oponga a la conducta autodestructiva, retrasando la planeación o el acto, ya que lo que se comunica es la intención de llevarlo a cabo.

En cuanto a la **planeación del intento suicida**, es reconocido por ser el comportamiento que antecede al **intento de suicidio**, aunque como ya se mencionó en un principio, no necesariamente va a ocurrir una preparación del acto antes del intento o de la ejecución del mismo, pues hay ocasiones en las que ocurre la idea y enseguida el suicidio. La planeación de la conducta suicida varía, ya que es dependiendo de los conocimientos o la información que posea la persona en relación al método, así como de la intención, motivación u objetivo que tenga el suicida al cometerlo. Aunado a esto, la elección de fechas, días u horas específicas, la elección de la ropa, el método, el lugar donde se llevará a cabo el acto, son algunas de las características que sobresalen en la planeación del mismo, esto de acuerdo

a lo que menciona Santillán (2018) en el Curso del programa “*Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio*” (CREAS) que brinda a los profesionales de la Salud.

Con relación al **intento de suicidio**, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2012), lo define como una “conducta potencialmente lesiva autoinflingida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método” (p. 45).

Durkheim (trad. 2011), por otra parte, señala lo siguiente:

Se llama suicidio todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado. La tentativa es ese mismo acto, pero interrumpido antes de que sobrevenga la muerte (p.14).

Echeburúa (2015), por otro lado, menciona que es el acto realizado pero no concluido respectivamente, que resulta poco fatal y su motivo puede ser variado, ya que los factores que influyen en que este intento no se haya llevado a cabo pueden ser de distinta índole, como lo es el **suicidio frustrado**, en el cual el sujeto tiene toda la intención de terminar con su vida, sin embargo a pesar de la letalidad del método el acto no se llega a realizar ya sea por la falta de información sobre el método o por intervención familiar, del personal médico, la comunidad o simplemente por el azar.

Otro aspecto que puede interrumpir el acto es el llamado **parasuicidio**, de acuerdo al autor en este la intención del sujeto no es la muerte, razón por la que los métodos utilizados suelen ser menos agresivos y por tanto de baja letalidad, como lo son los fármacos. La intención de este acto es principalmente llamar la atención de los demás, comunicar el sufrimiento emocional, la venganza, la “manipulación” de las personas cercanas, producir algún cambio en su entorno, buscar ayuda, averiguar si alguien realmente lo quiere, entre otros. Esta conducta es de alto riesgo por lo que se debe estar alerta, ya que es más probable que el acto se intente nuevamente si la persona no percibe mejoras en su entorno.

Finalmente, el **suicidio**, según el autor se entiende como la conducta que el individuo lleva a cabo con la finalidad y objetivo de terminar con su vida intencionalmente. De igual forma, el autor señala que cuando una persona comete suicidio es porque toma en cuenta tres

componentes al momento de tomar la decisión: 1) a nivel emocional, en donde la persona solo toma en cuenta el sufrimiento intenso; 2) a nivel conductual, el cual se refiere a la carencia de recursos psicológicos para hacer frente a factores relacionados con dicho sufrimiento y 3) a nivel cognitivo, en la cual la persona suele distorsionar lo que piensa viendo el suicidio como la única salida.

Así pues, ésta etapa es en la que la persona pone fin a su vida, por lo que se reconoce como la última de las etapas de la conducta suicida, posicionándose en los primeros lugares de causa de muerte en la población, tanto a nivel mundial como a nivel nacional.

1.3 Breve historia de la conducta suicida

La perspectiva que se tenía sobre el suicidio varía de acuerdo a la época, es decir que no siempre se vio como un acto negativo o un problema de salud mental y mucho menos como un problema que afectaría a la mayor parte de la población.

Amador (2015) menciona que uno de los primeros datos existentes sobre el suicidio se remontan a la Edad Antigua, específicamente en Grecia, en donde los ancianos, enfermos y deformes debían abandonar o salir de la aldea sin comida ni agua para garantizar la supervivencia de los demás miembros de la comunidad, sin embargo este acto no duró mucho, ya que fue hasta la aparición de Platón y Aristóteles que el suicidio fue condenado, además de que se decidió imponer ciertos castigos al que cometiera el acto, tales como la deshonra familiar del suicida, la mutilación del cuerpo y el entierro en un lugar aislado. Platón, por ejemplo, afirmaba que el suicidio era un delito contra la sociedad, sin embargo, era aceptable si se cometía por amor, enfermedad o como autocastigo por haber cometido un acción grave contra el Estado.

De igual forma el autor señala que Platón favorecía el acto solo si se actuaba tomando en cuenta cuatro situaciones: 1) cuando la mente de la persona es moralmente corrupta y no puede salvarse, 2) cuando el suicidio se realiza por orden del Estado, 3) cuando la causa del suicidio es la mala suerte del individuo, y 4) cuando el individuo participa en acciones que van en contra del Estado.

Aristóteles, por otro lado, concibe el suicidio como un acto de cobardía, además de verlo como una acción que va en contra del Estado, por lo que sugiere como castigo que el suicida pierda sus derechos civiles en caso de sobrevivir.

Asimismo, el autor afirma que al igual que en Grecia, en el Imperio Romano, el suicidio se dirigió con las mismas pautas, sin embargo, a pesar de que los romanos decidieron continuar con las aportaciones de Platón, se encontraron con nuevas ideas, de las cuales destacaron las de Cicerón, el cual mencionaba que el suicidio era un acto de heroísmo, amor, abnegación o defensa del honor y las de Constantino, el cual penalizó el acto con la confiscación de bienes de la familia del suicida como castigo por llevar a cabo un acto en contra del Estado y como forma de compensación por la pérdida de un ciudadano, de igual forma era penalizado si se comprometían los bienes del Estado o de la comunidad. Cabe mencionar que es en el Imperio Romano donde nace la idea de que este acto se comete por una alteración del estado mental de la persona, derivada de alguna enfermedad, la cual se sustentaba en la frase escrita en latín *non compos mentis* “sin control de su mente”.

Posteriormente, en la Edad Media surge el argumento de Dante Allighieri y Erasmo. El primero afirma que el suicidio puede tener dos resultados, uno que el que lo comete sea un alma noble y por tanto tiene lugar en el limbo o dos, que el que lo comete sea condenado al infierno. El segundo, en cambio, menciona que el suicidio es una salida del agobio de la vida.

En cuanto a la religión, específicamente del cristianismo, emergen dos personas altamente influyentes en esta época: San Agustín y Santo Tomás de Aquino. El primero concibió el suicidio como un pecado, el cual justificó con el sexto mandamiento y se puede ver reflejado en la siguiente cita: “Aplicaremos al hombre las palabras no matarás, entendiendo: ni a otro ni a ti, puesto que quien se mata a sí mismo mata a un hombre” (San Agustín; como se citó en Amador, 2015, p. 96). Por su parte, Santo Tomás de Aquino, además de concebirlo como un pecado, lo consideraba una ofensa o atentado contra dios.

A pesar de estas afirmaciones, en el siglo XX, cuando la Iglesia decide tomar en cuenta la opinión médica, aceptándolo como una enfermedad o resultado de una alteración mental, se dio a conocer la última palabra procedente de la Iglesia, misma que fue expresada

por Juan Pablo II, y el cual reafirmaba que el suicidio, aunado a la eutanasia y el aborto eran considerados homicidios y por tanto eran delitos contra de la vida.

Además de lo anterior, Daray, Grendas y Rebok (2016) señalan que en la civilización Romana los suicidios eran frecuentes, generalmente se derivaban de la furia, la edad avanzada, el dolor físico, la vergüenza y la desesperanza, hechos que eran remediados con el envenenamiento, ahorcamiento o armas, es importante mencionar que este acto se consideraba privilegio para los nobles pero castigo para el esclavo, y al igual que Platón, en Roma se perdonaba el acto si se hacía por amor, patriotismo, honor o enfermedad.

De igual forma, los autores mencionan que en la Edad Moderna y Contemporánea nace nuevamente la inquietud sobre el tema generando como resultado la re-conceptualización del acto debido a la influencia de ideas provenientes de Francia. Pues este deja de ser condenado para abordarse desde una perspectiva totalmente diferente, los términos de *non compos mentis* y *felo de sé* “sin control de su mente” y “mente sana” respectivamente, vuelven a surgir, esta vez apoyado por el libro de Burton “Anatomía de la Melancolía”, en donde se asocia por primera vez la depresión con el suicidio, y el cual se toma como base para sustentar que ambos conceptos van de la mano.

Así mismo, nacen distintos estudios, entre los que destacan los estadísticos, médicos y sociológicos, en estos últimos, Durkheim nos ofrece el primer acercamiento científico al fenómeno, el cual es el punto de partida para que en la época contemporánea el suicidio se perciba como una enfermedad estrictamente de índole mental, a la cual se le añade identificación, diagnóstico y tratamiento.

De igual importancia, el Psiquiatra francés Esquirol, en 1821 trata el suicidio desde una perspectiva psicopatológica, ya que él lo consideraba como una enfermedad mórbida, además de que lo veía como un síntoma derivado de las enfermedades mentales o consecuencia de la impulsividad, delirium orgánico, manía, entre otras, y en 1838 concluye que:

El suicidio presenta todas las características de la alienación mental de la cual es sólo un síntoma, ya que pueden parecer relacionadas con cualquier situación clínica; el tratamiento debe basarse en la comprensión de las causas y de los motivos determinantes del suicidio. (Esquirol, 2014; como se citó en Daray, Grendas y Rebok, 2016, p. 208).

Además de lo anterior, los autores sostienen que para Hume el quitarse la vida no se convertía en una ofensa contra dios, ya que es el hombre el que dispone de esta, además de que él no lo consideraba como un crimen y niega totalmente la idea sobre el derecho de dios hacia los hombres, al igual que a dar y quitar la vida, así como el hecho de que una persona decida ya no vivir no le hace daño alguno a la sociedad. De hecho, para Hume, la muerte era una condición de una vida digna, si la persona ya no se sentía privilegiado por esta, decía que la persona tenía derecho a quitarse la vida en vez de estar sumergida en un pozo de dolor y angustia, esto se puede notar en las siguientes citas:

Si bien la vida humana depende de las leyes generales, cambiar la ruta de tales leyes no supone intromisión alguna en la acción de la Providencia. Quitarse la propia vida es un acto insignificante y no le resta omnipotencia al Todopoderoso, por el contrario, lo enaltece, pues muestra que le ha otorgado al hombre la libertad de elegir bien y de huir del mal. (Hume, 1989; como se citó en Maidana, 2016, p. 20).

Poner fin a una vida desgraciada constituye un acto de libertad individual, que nadie puede cercenar ni limitar. En este sentido, el hecho de quitarse la vida enaltece la condición humana, toda vez que entraña la decisión de hacerse responsable de sus propios actos y de su propia vida. (Hume, 1989; como se citó en Maidana, 2016, p. 22).

Retomando a Daray, Grendas y Rebok (2016), se señala que en México, las ideas que se tenían sobre el suicidio eran fervientemente aprobadas, ya que los mayas veían este como un acto puramente relacionado con el honor, la valentía y la naturaleza humana, de hecho, los mayas tenían cierta adoración hacia Ixtab, la cual tenía la responsabilidad de proteger y guiar hacía el paraíso las almas de aquellos que se suicidaban, pues era considerada la “Diosa de la muerte, el suicidio y la horca”, y la cual se representaba con una cuerda alrededor del cuello y en una posición de meditación, lo que a su vez transmitía placer hacía la muerte.

Asimismo, es importante mencionar que fue durante la conquista cuando se registraron los primeros suicidios colectivos, ya que tras la entrada de los españoles al territorio, los cholultecas optaron por subir a lo alto de la Pirámide de Quetzalcóatl y se lanzaron al vacío, debido a que preferían morir antes de ser conquistados.

De igual forma, los incas consideraban el suicidio como un acto meramente religioso y como un derecho que ellos poseían, ellos tenían la idea de que después de la muerte existía una vida similar a la que se tiene en la Tierra, por tanto, cuando alguien fallecía, fuera un

familiar o un emperador, las personas más cercanas a ellos se suicidaban, con la finalidad de acompañar a sus seres queridos en el camino que les quedaba por recorrer.

Asimismo, regresando a lo que explica Amador (2015), los suicidios cometidos en esta cultura eran principalmente con fines religiosos, ya que solían realizar rituales para llevar a cabo sacrificios humanos, especialmente de niños que comprendían de seis a 15 años de edad, por considerarlos los más puros y bellos. Cabe mencionar que estos últimos ya conocían el resultado de ser sacrificados y lo aceptaban como un deber que ellos tenían para con los dioses, por lo que eran conducidos a una montaña sagrada, vestidos con la mejor indumentaria y preparados para el acto. Esto último incluía la anestesia con alcohol y hojas de coca, ya que la muerte se daba por estrangulación o con un golpe en la cabeza.

Al igual que los autores anteriores, Baquedano (en Eguiluz, 2010), menciona que existieron dos deidades, la primera llamada Ixtab “Diosa de la muerte, el suicidio y la horca” o “Patrona de los ahorcados” perteneciente al período colonial y contemporáneo, y la segunda llamada Ixtabay “Diosa del suicidio” perteneciente al período prehispánico. Además de ellas existe también Ah Puch, deidad que representaba a la muerte, generalmente con el rostro, costillas y columna descarnados. Aunado a esto último citó lo siguiente:

Decían también y tenían por muy cierto, iban a la gloria los que se ahorcaban, y así había algunos que con pequeñas ocasiones de tristeza, trabajos o enfermedades, se ahorcaban para salir de ellos, e ir a descansar a su gloria donde los recibía la diosa de la horca que llamaban Ixtab. (Fray Diego de Landa, 1938; como se citó en Eguiluz, 2010, p. 32).

La leyenda que se cuenta de Ixtabay, por otro lado, es que solía aparecer bajo la ceiba, un árbol concebido como sagrado para la religión maya, ya que se creía que el mantenía el contacto entre el supramundo, ubicado en los cielos mayas y el inframundo, lo que equivalía al infierno en la religión cristiana. Los pobladores decían que ella aparecía debajo del árbol con la finalidad de encantar a los hombres y conducirlos al suicidio, después del cual, ella los guaría al paraíso o en su defecto al infierno. De acuerdo a lo que se menciona en la leyenda, la describían como una mujer maya hermosa y sensual. Sin embargo, esta imagen se transformaba en un monstruo al momento de llevar al hombre a su muerte colgándose del árbol, según esto, Ixtabay era la deidad malévola debido a que conducía a los hombres a su muerte, mientras que Ixtab era la deidad buena y comprensiva, es decir, la que sólo guiaba a

los fallecidos suicidas. Es importante mencionar que solo hay versiones que hacen referencia a los hombres, el suicidio de las mujeres no se podía explicar de otra manera, ya que no existía un dios masculino que realizara lo mismo que Ixtabay.

Finalmente, a pesar de los argumentos que los distintos autores han aportado, es sumamente relevante resaltar que la manera en que se percibe el suicidio actualmente ha cambiado totalmente, éste pasa de un plano religioso a uno médico psiquiátrico y por supuesto psicológico, ámbitos a los que se les ha otorgado el deber de tratar todo lo relacionado con este fenómeno.

1.4 Factores asociados a la conducta suicida

En un principio se mencionó que existen diversos factores que suelen asociarse a la conducta suicida en una persona, tales como los biológicos, económicos, sociales, culturales, genéticos, médicos psiquiátricos y por su puesto los psicológicos. Atendiendo esta información diversos investigadores se han dado a la tarea de realizar estudios enfocados al descubrimiento de estos factores con la finalidad de prevenir y tratar dicho fenómeno.

Mayer, Morales, Figueroa y Ulloa (2016) refieren que el suicidio en la adolescencia es uno de los principales problemas de salud que se han reportado en la población mexicana. Asimismo, Borges, Benjet, Medina-Mora y Orozco (2008) indican que los factores de riesgo que se asocian directamente con el intento suicida son los síntomas depresivos y ansiosos, el consumo de sustancias nocivas, los trastornos de conducta, la violencia en la familia, la negligencia y el abuso sexual en la infancia. Por lo que realizaron una investigación enfocada a las autolesiones sin y con ideación suicida, en la cual se descubrió que las autolesiones más utilizadas son los cortes, quemaduras, golpes, pellizcos y la ingesta de fármacos, siendo los cortes los más frecuentes a esta edad. En relación con lo anterior se tiene que los factores que se relacionan directamente con estas conductas son los afectivos, ansiosos, psicóticos, el uso de sustancias, la conducta, el abuso sexual y la violencia familiar, siendo los factores afectivos los que se relacionan con más frecuencia.

En otro estudio realizado por Hermosillo de la Torre, Vacio, Méndez, Palacios y Sahagún (2015) se analizó la relación existente entre la sintomatología depresiva, la desesperanza y los recursos psicológicos en una muestra de adolescentes mexicanos. Dentro

de los recursos psicológicos se tomaron en cuenta tres: 1) recursos afectivos, como el adecuado manejo de la tristeza y del enojo, el autocontrol y la recuperación del equilibrio; 2) recursos sociales, como la red de apoyo, dificultades para solicitar apoyo y el altruismo y 3) recursos cognitivos, como el optimismo y las creencias religiosas. De acuerdo a los resultados, la tentativa de suicidio está estrechamente relacionada con síntomas depresivos, mismos que pueden disminuir si se tiene un buen manejo de la tristeza, destacando que es un recurso que funge como un factor protector, por lo que los factores afectivos juegan un papel muy importante para proteger al adolescente de una posible tentativa de suicidio. Aunado a esto se encontró que al igual que los síntomas depresivos, la desesperanza es otro de los factores de riesgo, ya que además puede disparar síntomas depresivos convirtiéndose en un doble riesgo para un posible intento del acto.

Montoya, Castaño y Moreno (2016), por otro lado, argumentan que otro de los aspectos que suelen afectar el desarrollo de los adolescentes es la ausencia de los padres. De acuerdo a la revisión que hicieron a los resultados de la encuesta Profamilia en el 2010 y al Mapa Mundial de la Familia en el 2013, tanto niños como adolescentes afirman estar creciendo con la ausencia física de alguno de los padres y otros, aseguran estar sintiendo la ausencia de estos a pesar de que están con ellos.

Los autores realizaron un estudio en el cual recopilaron información sobre la importancia de la familia en el desarrollo y bienestar del adolescente. En estos encontraron que el contexto familiar puede transformarse en un factor de riesgo tanto para niños como para adolescentes, así mismo, resaltan la vitalidad que tiene la familia en la vida del adolescente, ya que es ésta la que le brinda la seguridad necesaria para establecer vínculos con personas fuera de su red familiar. Además, es la familia la que impulsa al niño o adolescente a conocer, formar su propia personalidad y brindar estabilidad emocional, de igual forma recalcan la idea de que depende del estilo de crianza y del involucramiento de la familia en sí misma el que los adolescentes desarrollen conductas prosociales, además de construir la confianza en sí mismos (Bowlby, 1986; Mestre, Samper, Tur y Diez, 2001; como se citó en Montoya, Castaño y Moreno, 2016).

De igual forma, Corona, Hernández y García (2016) indican que los conflictos familiares y la desorganización de esta pueden influir en el pensamiento, ideación y conducta

suicida en el adolescente. Igualmente, los antecedentes familiares de esta conducta o de trastornos mentales son factores predisponentes a este fenómeno, además de la violencia doméstica y falta de comunicación entre los miembros que la conforman, sumándole la disponibilidad tanto de situaciones como de medios que faciliten la conducta.

Es importante reconocer la importancia del intento de suicidio en la adolescencia y la adolescencia tardía (19-24 años), ya que como se mencionó en un principio es la población que se encuentra en más riesgo y de la que actualmente se ha reportado un incremento significativo.

En cuanto al suicidio en adultos mayores, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014) señala que las principales causas de muerte en esta población son las enfermedades crónicas, mismas que pueden ocasionar deterioro físico, aislamiento y abandono, situaciones que pueden llevarlos al suicidio. Por otro lado, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2014) señala que los factores que se relacionan con el intento de suicidio en los adultos mayores son la depresión, misma que surge a partir de la pérdida de vitalidad, el cambio en el ritmo de vida, la disminución de las capacidades y funciones, el desempleo, la jubilación, la pérdida de personas significativas como los hijos, la pareja, la familia cercana, amigos, etc., la aparición de enfermedades degenerativas e incluso la baja economía que se puede desencadenar a partir de los eventos anteriores.

Así pues, un estudio realizado por Montes de Oca y Rodríguez (2019) en el cual se realizó la revisión de nueve artículos con la finalidad de descubrir los factores que influyen en el intento de suicidio en adultos mayores, se encontró lo siguiente:

Tabla 2.

Factores protectores y de riesgo relacionados al suicidio en personas de la tercera edad (Montes de Oca y Rodríguez, 2019).

| Factores | Biológico | Psicológico | Social |
|-----------------|---|--|---|
| Protección | Actividad física. Atención personalizada. Autocuidado. Buena alimentación. Compensación de capacidades. Funcionalidad. Higiene. Potencialización de capacidades. Salud física. | Autoestima. Bienestar emocional. Flexibilidad y adaptación a los cambios. Motivación. Planificación (segundo proyecto de vida). Soporte emocional. | Actividades recreativas. Ambientes protésicos (que se adapten o sean congruentes con las capacidades de la persona). Apoyo familiar. Apoyo informal o formal. Interacción grupal. Redes de apoyo. |
| Riesgo | Antecedentes familiares de conducta suicida. Autonegligencia. Demencias. Discapacidades. Enfermedades crónico-degenerativas. Enfermedades crónicas no transmisibles. Hospitalizaciones recurrentes. Incapacidades. | Conflictos familiares. Consumo de sustancias psicoactivas. Edad avanzada (de 65 años en adelante). Eventos traumáticos (accidentes). Ocio. Pérdidas. Sentimientos de desesperanza o incomprensión. Sexo masculino. Trastornos del estado de ánimo (depresión, ansiedad). | Abandono. Aislamiento. Ambiente demasiado protector, complejo o desafiante. Baja escolaridad. Bajos ingresos. Desempleo. Discriminación. Jubilación. Malos tratos: abandono, negligencia, abuso, violencia. |

Como puede observarse, los resultados que tuvieron los autores en su investigación, muestran una gran variedad de factores de riesgo que pueden influir en la aparición de la conducta suicida en adultos mayores, a pesar de ello, también realzan la importancia de los factores protectores, pues también lograron identificarlos y a su vez invitando a que no se minimice la necesidad de tomarlos en cuenta, ya que éstos pueden fungir como medio para prevenir la aparición de este tipo de conductas.

Como se ha podido leer, en la mayoría de los estudios se ha reportado que las enfermedades mentales están relacionadas con la aparición de la conducta suicida. Bedoya y Montaña (2016) realizaron una investigación en la que se dedicaron a buscar en distintas bases de datos artículos relacionados a este tema, mismos en los que encontraron que entre las enfermedades mentales que comúnmente se relacionan con este tipo de conductas se encuentran la depresión, ansiedad, el trastorno bipolar, abuso de sustancias psicoactivas, trastornos de personalidad y la esquizofrenia.

En resumen, la conducta suicida suele aparecer en cualquier parte de la vida, sin embargo, comúnmente se ha visto que la adolescencia, la juventud y la vejez son los momentos más críticos en los que se puede experimentar un comportamiento de este tipo. En relación a los adolescentes y jóvenes los principales factores que influyen en el intento de suicidio y el suicidio a nivel clínico son el abuso de alcohol u otras drogas y la depresión. A nivel ambiental, el entorno familiar o social hostil, una ruptura amorosa, la orientación sexual, el fracaso escolar, acoso y a nivel psicológico, la impulsividad, la baja autoestima, inestabilidad emocional y la dependencia emocional. Por otro lado, en la adultez, los factores que se asocian al suicidio son la sensación de fracaso personal, laboral y familiar, desesperanza, el sentimiento de soledad, red de apoyo pobre tanto social como familiar, trastornos mentales y las enfermedades crónicas o con un mal pronóstico (Echeburúa, 2015).

1.5 Epidemiología de la conducta suicida

En una entrevista para la Gaceta UNAM, realizada en 2016 con motivo al Día Mundial para la prevención del suicidio, el cual se conmemora el 10 de Septiembre, Santillán mencionó que en México el 40.8% de los jóvenes de entre 15 a 29 años de edad deciden quitarse la vida voluntariamente. Asimismo, hizo énfasis que el INEGI presentó un informe mediante el que se dio a conocer que en 2013 se reportaron 5 mil 909 suicidios en el país, de los cuales el 81.7% fue representado por hombres, siendo estos datos motivo para ubicar el suicidio como la segunda causa de muerte, seguido de los accidentes automovilísticos.

Además, para Santillán, el acto tiene que ver con diversos factores, tales como los psicológicos, genéticos, biológicos, entre otros, por ello recomienda que se brinde la información necesaria a jóvenes, así como el aprender a detectar las señales que llevarán a realizar el acto, de esta manera, se recomienda que cuando éstas han sido identificadas, se le

pregunte a la persona si la idea ha pasado por su cabeza, posteriormente, persuadir a la persona y como último paso, referirlo a un experto.

Ahora bien, es indispensable destacar que a lo largo del tiempo se han realizado distintas investigaciones enfocadas al estudio del suicidio en México, mismos que aportan datos relevantes en relación a cómo ha avanzado este fenómeno en los últimos años.

Así pues, González, et al. (2002) presentan un estudio enfocado en la prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes del año de 1997 al 2000 en México, de acuerdo a los autores, la prevalencia del intento suicida en 1997 fue de 8.3%, lo que equivale a 849 adolescentes escolarizados, mientras que para el 2000, este dato incrementó a 9.5%, es decir a 1,009 alumnos. Asimismo se encontró que las delegaciones con mayor incidencia en el año de 1997 fueron Cuauhtémoc con 11.3%, Tlalpan con 10.1%, Iztacalco con 9.9% y Benito Juárez con 12.3%. Por otra parte en el año 2000 se encontró que Benito Juárez ocupaba el primer lugar con 12.3%, Venustiano Carranza con 12.1%, Gustavo A. Madero con 11.8% y finalmente Cuauhtémoc con 10.6%. Además de lo anterior los autores mencionan que este fenómeno se presentó más en mujeres que en hombres y que los intentos, en su mayoría ocurrieron al final de la primaria y durante la secundaria. De igual forma se reportó que el bachillerato es la edad en que ocurren más intentos de suicidio, haciéndose más frecuentes en escuelas privadas a comparación de las públicas. Aunado a esto último, los factores que se reportaron estar relacionados con el intento fueron los problemas familiares y síntomas depresivos, mientras que el método que más se utilizó para llevar a cabo el acto fue un cúter, vidrio o algún objeto punzocortante.

Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora (2010), por otro lado, realizaron una investigación con la finalidad de presentar una panorámica epidemiológica del suicidio y de las conductas suicidas en México de los años 1970 a 2007. Tomando en cuenta los resultados de dicho estudio, se puede afirmar que la conducta suicida y el suicidio han incrementado alarmantemente, pues de acuerdo a éstos, el suicidio creció a 275%, reflejándose en el grupo etario de 15 a 29 años. De igual forma se encontró que la ideación suicida prevalece en adultos de 18 a 29 años, lo que se traduce a 9.7% de la población, de los cuales el 3.8% reportaron intento de suicidio. Además de que si se habla en cifras, la información se torna preocupante, pues se encontró que 6, 601, 210 personas tuvieron ideas suicidas en los últimos

12 meses, 593,600 intentaron suicidarse mientras que 99,731 asistieron a urgencias médicas derivado del intento, cabe mencionar que los datos obtenidos pertenecen a los habitantes de toda la República Mexicana.

Hernández y Flores (2011), al igual que los autores anteriores, encontraron que las conductas suicidas en México van en constante aumento, especialmente en jóvenes, pero además de esto descubrieron que este tipo de conductas incrementaron en hombres de la tercera edad. Los autores se enfocaron especialmente en la evolución que este fenómeno tuvo de 1950 al 2008, considerando que a pesar de que México no ocupó el primer lugar en defunciones por suicidio a comparación de otros países, detectaron que los hombres son los que se suicidan más en comparación a las mujeres, pues de acuerdo a ellos, por cada mujer que se suicida, 4.1 hombres logra cometer el acto, esto se atribuye a que el hombre suele utilizar métodos más letales, mientras que la mujer piensa detenidamente el hecho de quitarse la vida, razón por la que se registran más intentos en ellas. Asimismo, los autores atribuyen que el incremento en la tasa de suicidios se debe a la creciente modernización por la que México está atravesando, ya que al observar las estadísticas de países desarrollados, se percataron de que su tasa de suicidios es muy alta, así pues entre los cambios que detectaron los autores de 1950 a 2008 en México son los siguientes:

Tabla 3.

Cambios que se han producido en México de 1950 a 2008 y que son probables causas del aumento en la tasa de suicidios (Hernández y Flores, 2011).

Cambios ocurridos en México de 1950 a 2008

Transformación del país de mayoritariamente rural a mayoritariamente urbano.
 Aumento de la esperanza de vida y, por tanto, incremento en el número de ancianos.
 Disminución de la fecundidad y del tamaño de las familias sobre todo a nivel urbano.
 Envejecimiento demográfico y aumento de la gente que vive sola sobre todo a nivel urbano.
 Aumento de la migración.
 Aumento del divorcio.
 Aumento de la edad a la primera unión.
 Aumento de la participación económica y política y del nivel de escolaridad de la población en general y de las mujeres en particular.
 Al mismo tiempo, acceso restringido a la educación (que además no es de calidad) y a la participación económica por parte de la población.

Tabla 3 *(continuación)*
Cambios que se han producido en México de 1950 a 2008 y que son probables causas del aumento en la tasa de suicidios (Hernández y Flores, 2011).

Cambios ocurridos en México de 1950 a 2008

Disminución del ingreso real y aumento de la desigualdad.
 Constantes crisis económicas y bajas tasas de crecimiento per cápita.
 Disminución de algunos tipos de muertes violentas (accidentes y homicidios, estos últimos hasta 2006) lo que no necesariamente significa que haya habido una disminución de la violencia y la criminalidad a las que está expuesta la población.

En relación a la lista anterior, cabe añadir que existen muchos más cambios por lo que México está atravesando, mismos que, tomando en cuenta lo que mencionan los autores, son factores que están influyendo en el incremento de la tasa de suicidios en nuestro país.

Así mismo, Jiménez y Cardiel (2013) recalcan que el suicidio en México incrementó de 4.3 a 7.5 en hombres, y de 0.7 a 1.7 en mujeres, esto en un periodo de 1990 a 2011, en cuanto a los intentos de suicidio, los autores refieren que en 1990, se registraron 61 y 83, en hombres y mujeres respectivamente, mientras que en el año 2011, se registraron 108 en hombres y 119 en mujeres, de acuerdo a estos datos, se puede afirmar que las mujeres cometen mayor número de intentos en comparación a los hombres, tomando en cuenta que los hombres suelen morir a la primera vez debido al método utilizado, mientras que las mujeres realizan más intentos para llevarlo a cabo. Así pues, en 1990 se registraron 1,657 suicidios en hombres, mientras que en 2011, incrementa a 4,621, por otro lado, en las mujeres se registraron 281, incrementando a 1,095, de 1990 a 2011. Referente a la edad, y dato que es importante, los autores encontraron que de 10 a 14 años, los suicidios fueron 251; de 15 a 19 años, 866 suicidios y en personas de 20 a 24 años, 924, siendo este último dato el más relevante y preocupante, ya que estos demuestran que la adolescencia se ha convertido en la etapa con mayor incidencia en este acto, a pesar de no ser un año actual, los datos son para pensarse, ya que si en 2011 se presentaron estas tasas, actualmente los datos pudieran ser de más gravedad.

Por otro lado, Sánchez, Serrano y Márquez (2015) realizaron un estudio en el cual analizaron la tasa de suicidios en México del año 1998 a 2011. En éste encontraron que algunos de los datos reportados sobre México, refieren que fue uno de los países con mayor porcentaje de suicidios en personas de edad menor a 20 años, de acuerdo a lo que encontraron,

México incrementó 150% de suicidios en niños de 5 a 14 años de edad, mientras que subió un 75% en adolescentes de 15 a 24 años, convirtiéndose en datos alarmantes, ya que del estudio realizado a 28 países, México resultó ser el que posee mayor incidencia. Asimismo, los resultados obtenidos en el estudio, arrojaron datos sobre el incremento del suicidio en este país, ya que en 1998 se reportaron 601 suicidios, de los cuales 434 pertenecen al sexo masculino, mientras que 167 al sexo femenino, en comparación a 2011, el número de muertes voluntarias aumentó, ya que en este año se reportaron 1,108 suicidios, 741 y 367, en hombres y mujeres respectivamente, por tanto, los autores concluyeron que el suicidio es un fenómeno que va ascendiendo, especialmente en adolescentes que van de los 15 a los 19 años (adolescencia tardía), tomando en cuenta no solo el número de muertes, sino también los métodos utilizados, pues depende de estos la gravedad del acto y por tanto un aumento tanto en la tasa de intentos de suicidio como en el suicidio.

De igual manera, Vázquez, Piña, González, Jiménez y Mondragón (2015) realizaron un estudio en el cual analizaron tanto la conducta suicida como las perspectivas de esta, durante el período de 1980 a 2014. De acuerdo a lo que describen, se calcula que aproximadamente por cada 10 intentos de suicidio, uno es ejecutado. Así mismo, de acuerdo a los resultados encontrados, los autores concluyeron que el suicidio es un fenómeno que se deriva de diversos factores, sin embargo, a pesar de ser multifactorial, las investigaciones que se han realizado a lo largo del tiempo, han contribuido a la comprensión del fenómeno, tal vez no en su totalidad, pero la información recabada ha ayudado a crear medidas de prevención para el mismo. De igual manera afirmaron que sería importante incluir investigaciones que hablen de factores de protección para enfrentar a este fenómeno.

Ahora bien, actualmente el suicidio no se ha alejado mucho de lo que los estudios anteriormente descritos han encontrado.

De acuerdo al INEGI (2016), del año 2000 al 2014, la tasa de suicidio incrementó de 3.5 a 5.2 por cada 100,000 habitantes, así mismo, advierte que por cada 10 suicidios, 8 corresponden a hombres, es decir el 80.2%, mientras que la mujer ocupó el 19.8%. En cuanto a los adolescentes, el INEGI reporta que el 40.2% de los suicidios en 2014 pertenecieron a personas de 15 a 29 años de edad, estos datos a nivel nacional. En cuanto al Estado de México, esta población pertenece al 4.0%.

En México en particular, el Instituto reporta que en 2014 se registraron 6,337 suicidios, datos que incrementaron en comparación a 2013, ya que en este último se registraron 4.9 muertes por cada 100,000 habitantes, mientras que en 2014 incremento a 5.2.

Así mismo, las estadísticas reportadas en cuanto a sexo, refieren que al igual que los datos generales, las muertes por sexo incrementaron de 8.5 y 2.0, en hombres y mujeres respectivamente, en ambos casos, las muertes fueron reportadas por lesiones autoinflingidas, esto hablando de población general. Por otro lado, enfocándose a la población joven (15-29 años de edad), el suicidio, al igual que en la población general, ha ido en aumento, ya que tan solo en 2014, se reportaron 2,493 muertes por este acto, cifra que ocupa el 40.2%. En cuando al sexo, los hombres presentaron un porcentaje mayor de suicidios en comparación con las mujeres, tomando en cuenta los datos, estos ocupan 12.5 y 3.5 respectivamente, además de que en el Estado de México ocupa 7.1%.

En relación a los métodos utilizados, el INEGI (2016) reporta que el más frecuente es el envenenamiento por fármacos, como lo son los analgésicos, antiepilépticos, sedantes, entre otros. De acuerdo a lo encontrado, este método ocupa el 23.5% de los métodos utilizados, convirtiéndolo así, en el más frecuente. Seguido de los fármacos; el envenenamiento por otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas y otros no especificados, ocupa el segundo lugar con 22.1%; posteriormente está el envenenamiento por plaguicidas con 15.9%. Por otro lado, con 12.5%, está el uso de objetos cortantes; con 6.8%, está el envenenamiento por otros químicos y sustancias nocivas; seguido de este, se tiene el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, con 6.1%; con 2.6%, está el envenenamiento por sustancias, ya sea alcohol o drogas; el 1.4%, lo ocupa el disparo por arma; el 4.7%, corresponde a otros medios utilizados; mientras que métodos no especificados, obtienen el 4.5%.

Relacionado al sexo, el INEGI (2016) reportó que 32.3% de las autolesiones fueron cometidas por mujeres mediante el uso de fármacos; 30.1% por otras drogas y 14.3% por pesticidas. Por otro lado, los hombres, 23.8% utilizó objetos cortantes, 18.1% plaguicidas y 11.3% fármacos o alcohol.

Es relevante resaltar que lo anterior es una breve descripción del reporte realizado por el INEGI (2016) respecto al año 2014, por lo que si se desea conocer la información completa y específica se recomienda recurrir al reporte directamente.

Finalmente, la información estadística más reciente en relación a este fenómeno data del año 2016, pues el INEGI (2018) reportó que durante este año se registraron 6,291 suicidios, lo que representa 5.1 suicidios por cada 100,000 habitantes. Asimismo se registró que Chihuahua y Yucatán duplicaron la tasa nacional con 11.4 y 10.2 suicidios por cada 100,000 habitantes, respectivamente, y 8 de cada 10 suicidios ocurridos fueron cometidos por hombres, lo que equivale a 5,116.

Es importante destacar que los datos correspondientes al año 2016 presentan disminución en la tasa de suicidios, sin embargo no deben subestimarse, ya que aún se reporta una tasa de suicidios alarmante, motivo por el que es importante seguir trabajando tanto en la prevención como en el tratamiento de esta conducta. De igual forma se recomienda consultar el reporte directamente en caso de querer revisar la información completa.

Ahora bien, en relación a los datos publicados por el Instituto se encontró que a comparación del año 2014 y 2015, la tasa de suicidios disminuyó, ya que en estos años fue de 5.2 por cada 100,000 habitantes, mientras que en 2016 fue de 5.1.

Aunado a esto, de acuerdo al Instituto, las entidades federativas con mayor incidencia fueron Chihuahua y Yucatán, con 11.4 y 10.2 suicidios por cada 100,000 habitantes respectivamente, mientras que Guerrero, Veracruz y Oaxaca presentan incidencias más bajas con 2.1, 2.5 y 2.9 suicidios por cada 100,000 habitantes, respectivamente. Cabe mencionar que las entidades federativas con mayor incidencia también disminuyeron para este año, a comparación de los datos publicados en 2014.

Como se mencionó en un principio la muerte por suicidio es más frecuente en hombres, es decir que por cada 10 suicidios, 8 son cometidos por hombres, mientras que 2 de cada diez, pertenece a mujeres, lo que se traduce a 1,173. Así pues, en 2016, la tasa de suicidios en hombres fue de 8.6 por cada 100,000 hombres y de las mujeres fue de 1.9 por cada 100,000 mujeres.

La edad en la que se presentan las tasas más altas es de 20 a 29 años, y los principales factores que se reportaron estar relacionados son los problemas familiares, amorosos, depresión, ansiedad, abuso de sustancias tales como el alcohol y otras drogas. Además hay

que recalcar que en 2016, la tasa para el grupo etario de 20 a 24 años fue de 9.5, por cada 100,000 jóvenes; y de 8.2 en el grupo etario de 25 a 29 años.

Asimismo, es importante resaltar que la edad en la que se presentan las tasas más altas en relación a la población masculina, es de 20 a 44 años, una vez más, siendo los jóvenes de 20 a 24 años los que ocupan la mayor parte, pues se reportan 16 suicidios por cada 100,000 hombres. Por otra parte, las mujeres reportan 4 suicidios por cada 100,000 mujeres, con edad de 15 a 19 años.

Con respecto a personas de la tercera edad, el Instituto señala que en hombres, la tasa es de 10.5 suicidios por cada 100,000 hombres, mientras que en mujeres es de 0.7 por cada 100,000 mujeres, nuevamente se puede ver que las mujeres presentan tasas menores a comparación de los hombres.

Por lo que se refiere a los métodos utilizados para llevar a cabo el acto, el Instituto reporto que el más utilizado fue el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación con 82.2, mientras que en las mujeres fue de 74.5, convirtiéndose en el método más utilizado por ambos sexos, seguido de este, se encuentra el disparo de arma en hombres con 8.8, en tanto que las mujeres presentan el 18.3%, porcentaje que engloba lo siguiente: envenenamiento por plaguicidas (7.6), otros químicos y sustancias nocivas (6.2) y por medicamentos, drogas u otras sustancias (4.5), siendo estos los métodos a los que recurren en segundo lugar.

Por otra parte, Platas, Méndez, Pérez y López (2018) realizaron un estudio en el que se llevó a cabo un registro de casos de intentos de suicidio atendidos en el IMSS. De acuerdo a los autores, durante el periodo de julio a diciembre del 2016 se registraron un total de 1,362 intentos de suicidio, de los cuales el 69% eran mujeres y el 31% hombres. Además de que el 16% de las personas tenían 18 años de edad, el 79% de 19 a 60 años y el 5% mayor a 60. Asimismo, se detectó que los estados con mayor intento de suicidio son Jalisco con 233 casos, Estado de México con 168 y Chihuahua con 126 casos. Por otra parte, los que tienen menor frecuencia de intento de suicidio, son Durango, Veracruz y Nayarit, los tres con 1 caso. La frecuencia de intentos de suicidio fue de 277 eventos por mes. El método más utilizado fue la ingesta de medicamentos, automutilación y asfixia por ahorcamiento con 78%, 13% y 4%, respectivamente.

En relación al suicidio, los autores reportaron que hubo 54 cometidos por mujeres y 39 por hombres, ocupando el 28% y 72%, respectivamente.

Finalmente, es indispensable recalcar la importancia de presentar dichos datos, ya que como se ha visto a lo largo del tiempo, este fenómeno ha ido en constante aumento, y a pesar de que las estadísticas mostradas por el INEGI en relación al año 2016, son relativamente bajas a las de años anteriores, se ha ido acelerando en los últimos años, por lo que no se debe bajar la guardia, pues los datos transmiten que la prevención está funcionando y que los factores relacionados con el suicidio se están modificando. Asimismo, el mostrar datos sobre los métodos utilizados nos brinda una panorámica de que es a lo que con frecuencia la población mexicana suele recurrir para llevar a cabo sus planes suicidas, mismos datos que nos pueden ayudar a prevenir que estos se realicen, pues el tener cerca este tipo de información puede evitar que el INEGI continúe registrando defunciones por suicidio, como causa principal de muerte.

2. ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE LA CONDUCTA SUICIDA

Como es bien sabido, la persona con conducta suicida en la mayoría de las ocasiones, sino es que siempre, se ve necesitada de una intervención profesional multidisciplinaria, esto debido no solo a la complejidad del fenómeno, sino también a la etapa de la conducta suicida en la que se encuentra la persona cuando pide ayuda. Por ejemplo, una persona que intenta suicidarse y es descubierta a tiempo se suele trasladar al servicio de urgencias médicas del hospital más cercano, una vez ahí recibe la atención necesaria para salvar su vida, pero ¿qué sucede después de sobrevivir a un intento de suicidio y ya ha sido atendido por el servicio médico? En la mayoría de las ocasiones el paciente es remitido al servicio de psiquiatría y/o psicología, esto con la finalidad de hacer una valoración al paciente y posteriormente iniciar el tratamiento según sea el caso, pues hay que recordar que cada persona es distinta, por tanto la intervención y tratamiento serán diferentes para cada una.

En suma, se puede decir que el equipo multidisciplinario encargado de la atención de la persona con conducta suicida se compone principalmente de médicos, enfermeros, psiquiatras y psicólogos, aunque no hay que olvidar que en ocasiones es necesaria la presencia de trabajadores sociales o abogados para casos especiales.

El trabajo conjunto de los distintos profesionales puede favorecer el trato integral del paciente y su mejora continua. El suicidio es un fenómeno complejo debido a los múltiples factores relacionados, por lo que la atención que brindan los distintos profesionales de la salud mental es relevante en personas que presentan conductas de este tipo.

Es por lo anterior que en el presente capítulo se especifica el trabajo que realizan los principales profesionales de la salud mental encargados de la atención de pacientes con conductas suicidas. Asimismo se describen algunas técnicas utilizadas en Psicología para el tratamiento de dichas conductas, tales como los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) y la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). De igual forma, se explica en qué consiste la estrategia “*Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio*” (CREAS) la cual está dirigida a la atención de conductas relacionadas al suicidio de estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES-I).

2.1 Atención en urgencias médicas

El área de urgencias médicas es uno de los escenarios clave para el acercamiento a la persona que presenta conductas suicidas, pues es donde generalmente se da el primer contacto con los servicios de salud y a partir del cual se puede valorar e iniciar la intervención y el tratamiento oportuno para evitar que alguno de los comportamientos relacionados al suicidio se presente nuevamente.

De acuerdo a los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP, 2017) los hospitales generales se han convertido en los principales escenarios para la detección de alguna conducta suicida, pues según, a urgencias médicas suelen llegar dos tipos de pacientes: 1) pacientes con ideación suicida manifiesta o con intento de suicidio, y 2) pacientes con alguna patología física, pero con intención suicida oculta. Por ello es indispensable que el hospital general cuente con cierto número de camas destinadas a pacientes psiquiátricos con las siguientes problemáticas: 1) intento suicida reciente, 2) pacientes médicamente enfermos con comorbilidad psiquiátrica, y 3) pacientes psiquiátricos con comorbilidad médica.

Asimismo, los autores señalan la importancia de realizar una revisión del paciente al ingresar, pues puede portar armas o material punzocortante con el que origine nuevas autolesiones. De igual forma, el detectar las señales de un posible intento de suicidio ayuda a brindar una mejor atención en el que se precisa de un trabajo colaborativo entre los profesionales de la salud y los de la salud mental, pues en conjunto contribuyen al proceso terapéutico positivo, enfocado al tratamiento, vigilancia y prevención del riesgo suicida o de recaídas. Además de proporcionar herramientas imprescindibles para el autocuidado, la identificación y trato de las crisis emocionales, así como la asistencia a grupos de apoyo. Así pues, como resultado de lo anterior, se construye la *“Guía práctica para la atención del paciente con conducta suicida en hospitales generales”*, misma que se describe a continuación.

Según los autores, los servicios de urgencias médicas tienen como principal responsabilidad, después de la atención física, hacer una valoración inicial y priorizarlos según su gravedad para ofrecerles la atención requerida, para ello el hospital general suele valerse de lo que se conoce como triage, el cual se define como:

Revisión clínica y sistemática de todos los individuos que acuden al servicio de urgencias, con el objetivo de evaluar y priorizar los tratamientos mediante una serie de criterios predeterminados y con un método de clasificación para determinar el nivel de urgencia y el tiempo en el que será atendido (SAP, 2017, p. 23).

De acuerdo a este sistema de atención los distintos profesionales de la salud desarrollan la capacidad de tomar decisiones rápidas que ayudan a una intervención oportuna. El triage de pacientes suicidas para recibir atención es el siguiente: por intento, por gesto suicida, por consumo de sustancias psicoactivas y por agitación psicomotriz, siendo el primero el que compromete la vida del paciente, por lo que se le atiende inmediatamente al llegar al servicio de urgencias con la finalidad de minimizar riesgos. De igual modo, en todos los casos se realiza una evaluación que permita detectar posibles conductas suicidas o que comprometan la vida del paciente, para ello en el servicio de urgencias se utilizan las siguientes escalas:

Cuestionario de conducta suicida. Desarrollada por Horowitz y colaboradores en el 2001. Es un breve cuestionario que se utiliza en el área de urgencias médicas, está dirigido principalmente a niños y adolescentes, sin embargo suele aplicarse también a adultos. Se caracteriza por tener respuesta dicotómica (sí/no) en donde a mayor “SÍ”, mayor necesidad de atención (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Cuestionario de conducta suicida de Horowitz (SAP, 2017, p. 24).

| Preguntas a formular en el triage ante una conducta suicida. | Respuestas | |
|---|-------------------|-----------|
| | Sí | No |
| ¿Acude usted porque ha tratado de lesionarse a sí mismo? | | |
| En la semana pasada, ¿ha tenido ideas relacionadas con suicidarse? | | |
| ¿Ha tratado de lesionarse a sí mismo en el pasado? | | |
| ¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas? | | |

Escala de Severidad de Suicidio de Columbia (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS por sus siglas en inglés). Fue diseñada por Posner y colaboradores en 2011. Es un instrumento validado para evaluar la ideación y la conducta suicida en la práctica clínica, su ventaja es que puede ser aplicada por cualquier profesional de salud que esté en

ese momento con la persona que llega a urgencias por esta problemática. La escala cuenta con dos preguntas candado con respuesta dicotómica que abren otras preguntas (ver Tabla 2).

Tabla 2

Escala de Severidad de Suicidio de Columbia (SAP, 2017, pp. 25 a 26).

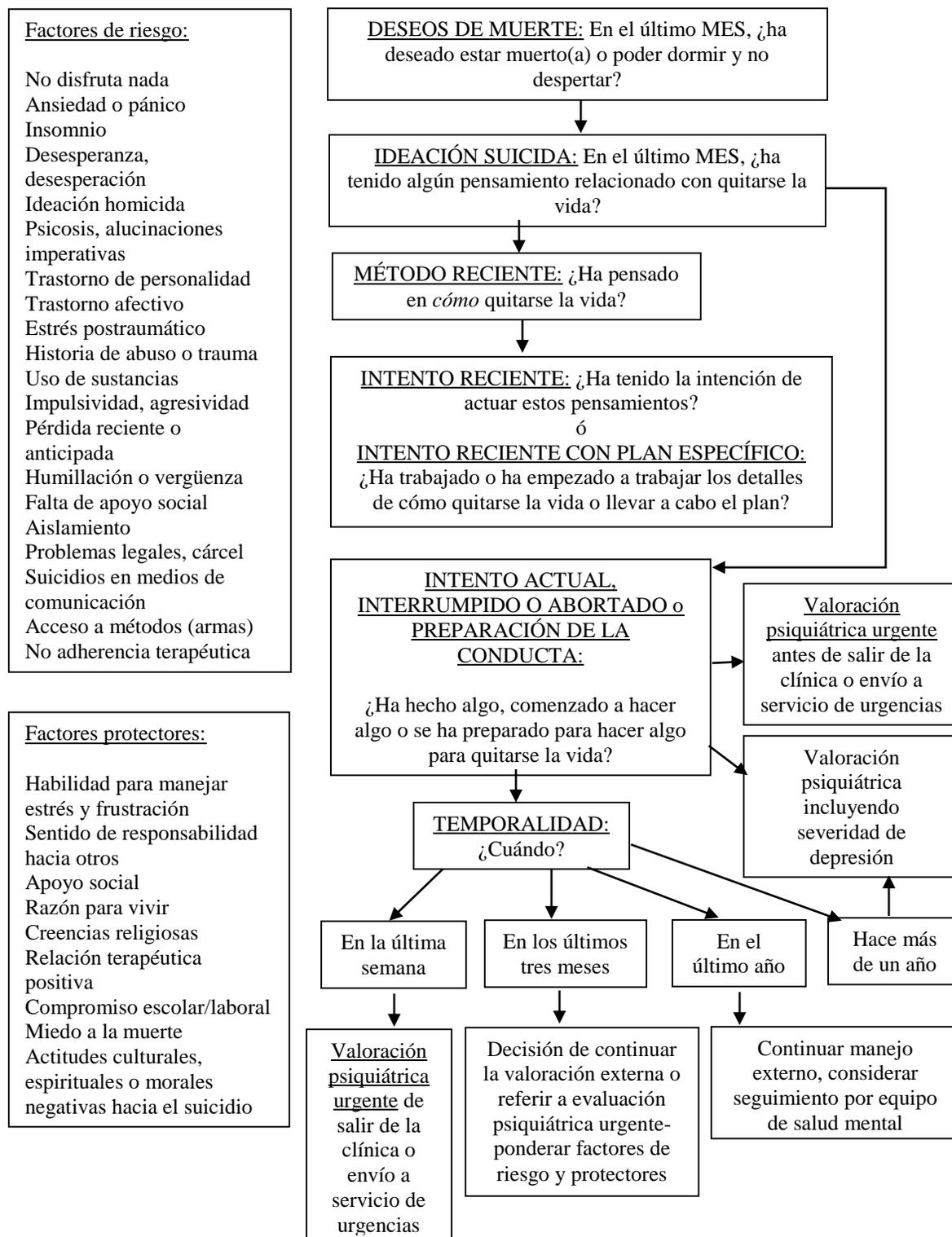
| Formule las preguntas que están en negritas y subrayadas | En el último mes | |
|--|------------------|----|
| | Sí | No |
| 1) Deseos de estar muerto: La persona confirma que ha tenido ideas relacionadas con el deseo de estar muerto(a), o de no seguir viviendo, o el deseo de quedarse dormido(a) y no despertar. | | |
| <u>¿Ha deseado estar muerto(a) o poder dormir y no despertar?</u> | Sí | No |
| 2) Ideas suicidas: Pensamientos generales y no específicos relativos al deseo de poner fin a su vida/suicidarse (por ejemplo “he pensado en suicidarme”) sin ideas sobre cómo quitarse la vida (métodos relacionados, intención o plan) durante el período de evaluación. | | |
| <u>¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse?</u> | Sí | No |
| Si la respuesta es “Sí” a la pregunta 2, formule las preguntas 3, 4, 5, y 6. Si la respuesta es “No” continúe a la pregunta 6. | | |
| 3) Ideas suicidas con método (sin plan específico o sin la intención de actuar): El (la) participante confirma que ha tenido ideas suicidas y ha pensado en al menos un método durante el período de la evaluación. Esto se diferencia de un plan específico con detalles elaborados de hora, lugar o método (por ejemplo, la idea de un método para matarse, pero sin un plan específico). Esto incluye a un(a) participante que diría: “he tenido la idea de tomar una sobredosis, pero nunca hice un plan específico sobre el momento, el lugar o cómo lo haría realmente...y nunca lo haría”. | | |
| <u>¿Ha pensado en cómo llevaría esto a cabo?</u> | Sí | No |

Tabla 2 (continuación)
Escala de Severidad de Suicidio de Columbia (SAP, 2017, pp. 25 a 26).

| Formule las preguntas que están en negritas y subrayadas | En el último mes | |
|---|------------------|----|
| | Sí | No |
| 4) Intentos suicidas (sin plan específico): Se presentan ideas suicidas activas de quitarse la vida y el (la) participante refiere que ha tenido cierta intención de llevar a cabo tales ideas, a diferencia de “tengo los pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto”. | | |
| <u>¿Ha tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo?</u> | Sí | No |
| 5) Intentos suicidas con plan específico: Se presentan ideas de quitarse la vida con detalles del plan parcial o totalmente elaborados, y el (la) participante tiene cierta intención de llevar a cabo este plan. | | |
| <u>¿Ha comenzado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre cómo suicidarse?</u> <u>¿Tiene intenciones de llevar a cabo este plan?</u> | Sí | No |
| 6) Pregunta de comportamiento suicida | | |
| <u>¿Ha hecho algo, comenzado a hacer algo o se ha preparado para hacer algo para terminar con su vida?</u> | Sí | No |
| Ejemplos: Guardar pastillas, obtener un arma, regalar cosas de valor, escribir un testamento o carta de suicidio, sacado pastillas de la botella pero no las ha tragado, agarrar un arma pero ha cambiado de mente si usarla o alguien se la ha quitado de las manos, ha subido al techo pero no ha saltado al vacío; o realmente ha tomado píldoras, ha tratado de disparar un arma, se ha cortado, ha tratado de colgarse, etc. | | |
| Si la respuesta es Sí, preguntar lo siguiente: | | |
| <u>¿Hace cuánto tiempo que empezó a hacerlo?</u> | Sí | No |
| Hace más de un año | | |
| De tres meses a un año | | |
| En los últimos tres meses | | |

Cabe mencionar que se realizó una adaptación de esta escala para un mejor manejo de la misma por parte de los profesionales de la salud, la cual se visualiza a continuación (ver Figura 1).

Figura 1. Adaptación basada en la Escala de Severidad de Suicidio de Columbia para su uso en el área clínica en México (SAP, 2017, p. 27).



Escala SAD PERSONS. Diseñada por Patterson y colaboradores en 1983, se caracteriza principalmente porque su nombre es un acrónimo en inglés formado por las iniciales de los 10 ítems que la componen (ver Tabla 3).

Tabla 3.

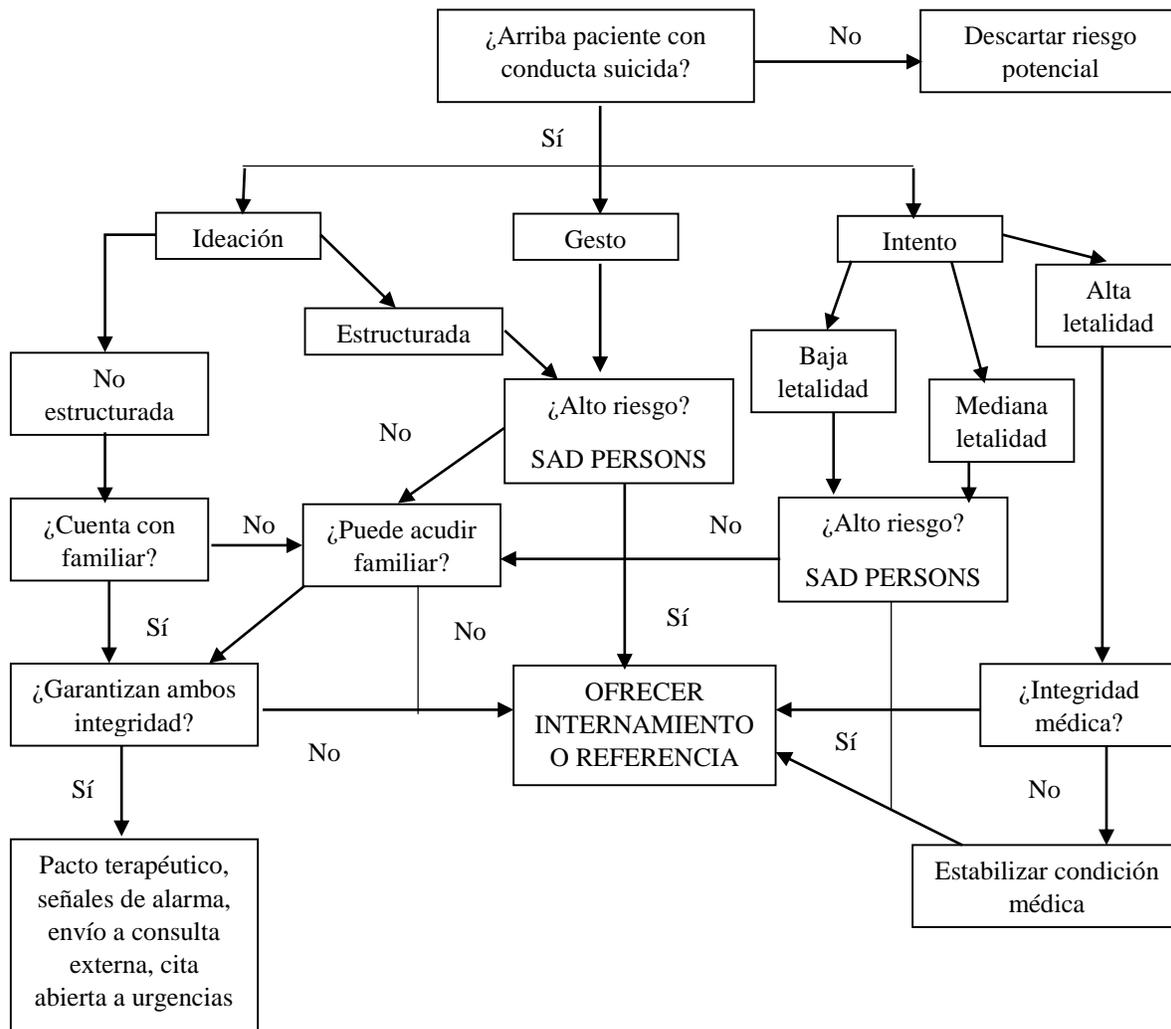
ESCALA SAD PERSONS (SAP, 2017, p. 28)

| Acronimo en inglés | Definición en español |
|----------------------------|----------------------------------|
| Sex | Masculino |
| Age | < 20 o > 45 años |
| Depression | Presencia de depresión |
| Previous attempt | Intento suicida previo |
| Ethanol abuse | Abuso de alcohol |
| Rational thinking loss | Ausencia de pensamiento racional |
| Social support lacking | Apoyo social inadecuado |
| Organized plan for suicide | Plan elaborado |
| No spouse | Sin pareja |
| Sickness | Problemas de salud |

Cada ítem hace referencia a un factor de riesgo relacionado con el suicidio, esta escala evalúa la ausencia o presencia de cada uno de estos. Se puntúan de 0 o 1 respectivamente y su diagnóstico se hace tomando en cuenta los siguientes valores: a) inferior a 2, bajo riesgo de suicidio; b) de 3 a 4, riesgo moderado; c) 5 a 6, riesgo alto y finalmente d) 7 a 10, la persona tiene riesgo muy alto por lo que requiere atención inmediata.

Al igual que el anterior, esta escala se adaptó con la finalidad de hacer más rápida su aplicación en el área de urgencias médicas de los hospitales generales de México (ver Figura 2). De acuerdo al autor de la presente guía, dicha adaptación se realizó por Molina y López en el 2008, tomando en cuenta la experiencia que se ha tenido en el Servicio de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM).

Figura 2. Adaptación del algoritmo de atención en urgencias para los hospitales generales de México (SAP, 2017, p. 29).



Asimismo, en la guía se resalta la importancia de abordar la letalidad del intento suicida, ya que este aspecto puede aportar información relevante respecto a las intenciones del individuo al cometer el acto. La letalidad en los hospitales generales se divide en tres tipos de acuerdo a su grado:

1. Alta: lanzarse de gran altura, ahorcamiento, uso de arma de fuego, aventarse a un vehículo en movimiento.
2. Media: intoxicación con medicamentos en combinación con etanol, además de cortes profundos en arterias.

3. Baja: ingesta de medicamentos como benzodiacepinas o analgésicos y los cortes superficiales.

Además de lo anterior, es fundamental que el personal de salud tome en cuenta que en la mayoría de las ocasiones la intencionalidad viene acompañada de aspectos tanto verbales como no verbales, mismos que se muestran a continuación y que deben tomarse en cuenta durante la evaluación (ver Tabla 4):

Tabla 4.

Conductas verbales y no verbales en relación a la intencionalidad del intento suicida (SAP, 2017, p.30).

| Factores asociados a la intencionalidad suicida |
|---|
| Intento realizado en lugar aislado |
| Intervención improbable de terceros, llevando a cabo precauciones específicas |
| Premeditación, preparación detallada del intento y utensilios utilizados |
| Intención secreta |
| Realización de nota o carta suicida |
| Uso concomitante de alcohol |

De igual importancia, el realizar una recolección de datos del paciente ayuda al personal de salud a tener información completa y amplia del fenómeno al que se está enfrentando, pues de esta manera la persona puede recibir la atención que requiere. Así pues, el formato que se utiliza en el hospital general para evaluar al individuo con intento suicida es el siguiente (ver Tabla 5):

Tabla 5.

Formato de recolección de datos y de evaluación para la persona que llega con intento suicida en el área de urgencias médicas de hospitales generales (SAP, 2017, p. 32).

Es importante contar con la siguiente información acerca del paciente con conducta suicida, en ocasiones será indispensable obtener información de los familiares que lo acompañan

| | | |
|--------------------|--|--------------|
| Datos personales | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Edad: _____ Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/unión libre <input type="checkbox"/> Separado/divorciado <input type="checkbox"/> Viudo Ocupación: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Estudio <input type="checkbox"/> Desempleo Acompañante: <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Otros: _____ | Fecha: _____ |
| Factores de riesgo | Historia familiar de suicidio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Quien: _____ Antecedente de trastornos mentales: <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Trastornos psicóticos <input type="checkbox"/> Dependencia a sustancias <input type="checkbox"/> Conducta alimentaria <input type="checkbox"/> Trastornos de personalidad <input type="checkbox"/> Retraso mental <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____ Tratamiento para el trastorno mental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especificar: _____ Antecedente de conductas autolesivas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Intentos suicidas previos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Número: _____ Fecha último: _____ Persistencia de ideación suicida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Eventos estresantes: <input type="checkbox"/> Problemas personales <input type="checkbox"/> Económicos <input type="checkbox"/> Duelo <input type="checkbox"/> Falta de apoyo familiar/social <input type="checkbox"/> Historia maltrato/abuso <input type="checkbox"/> Enfermedad física, dolor, discapacidad <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____ | |

Tabla 5 (continuación)
Formato de recolección de datos y de evaluación para la persona que llega con intento suicida en el área de urgencias médicas de hospitales generales (SAP, 2017, p. 32).

Es importante contar con la siguiente información acerca del paciente con conducta suicida, en ocasiones será indispensable obtener información de los familiares que lo acompañan

| | |
|-------------------------------------|--|
| Características del intento suicida | <p>Método: <input type="checkbox"/> Ahorcamiento <input type="checkbox"/> Arma de fuego <input type="checkbox"/> Caída de gran altura <input type="checkbox"/> Intoxicación medicamentosa, especificar:_____ <input type="checkbox"/> Lesión por objeto cortante <input type="checkbox"/> Intoxicación por producto químico, especificar:_____ <input type="checkbox"/> Otro, especificar:_____</p> <p>Uso concomitante de alcohol o drogas en el momento del intento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Contexto del intento: <input type="checkbox"/> Impulsivo <input type="checkbox"/> Planificado</p> <p>Letalidad del intento: <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Baja</p> <p>Actitud ante el intento: <input type="checkbox"/> Alivio/arrepentimiento <input type="checkbox"/> Lamento de resultado no fatal</p> <p>Planes futuros de suicidio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
| Evaluación clínica | <p>Alteración del nivel de conciencia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Afectación de la capacidad de decisión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Estado de ánimo: <input type="checkbox"/> Deprimido <input type="checkbox"/> Irritable <input type="checkbox"/> Eufórico <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Indiferente</p> <p>Agresividad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
| Conclusiones | <p>Riesgo suicida latente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Necesidad de evaluación psiquiátrica: <input type="checkbox"/> Inmediata <input type="checkbox"/> Después de estabilización médica <input type="checkbox"/> Consulta externa, especificar tiempo:_____</p> <p>Necesidad de hospitalización psiquiátrica: <input type="checkbox"/> En hospital general <input type="checkbox"/> Referencia a otra unidad, especificar:_____</p> |

En conclusión, de acuerdo a la guía presentada por los autores, los algoritmos utilizados en los servicios de urgencias médicas de los hospitales generales son los que se presentan a continuación (ver Figuras 3, 4 y 5):

Figura 3. Algoritmo de atención para el paciente con intento suicida en el área de urgencias del hospital general (SAP, 2017, p. 35).

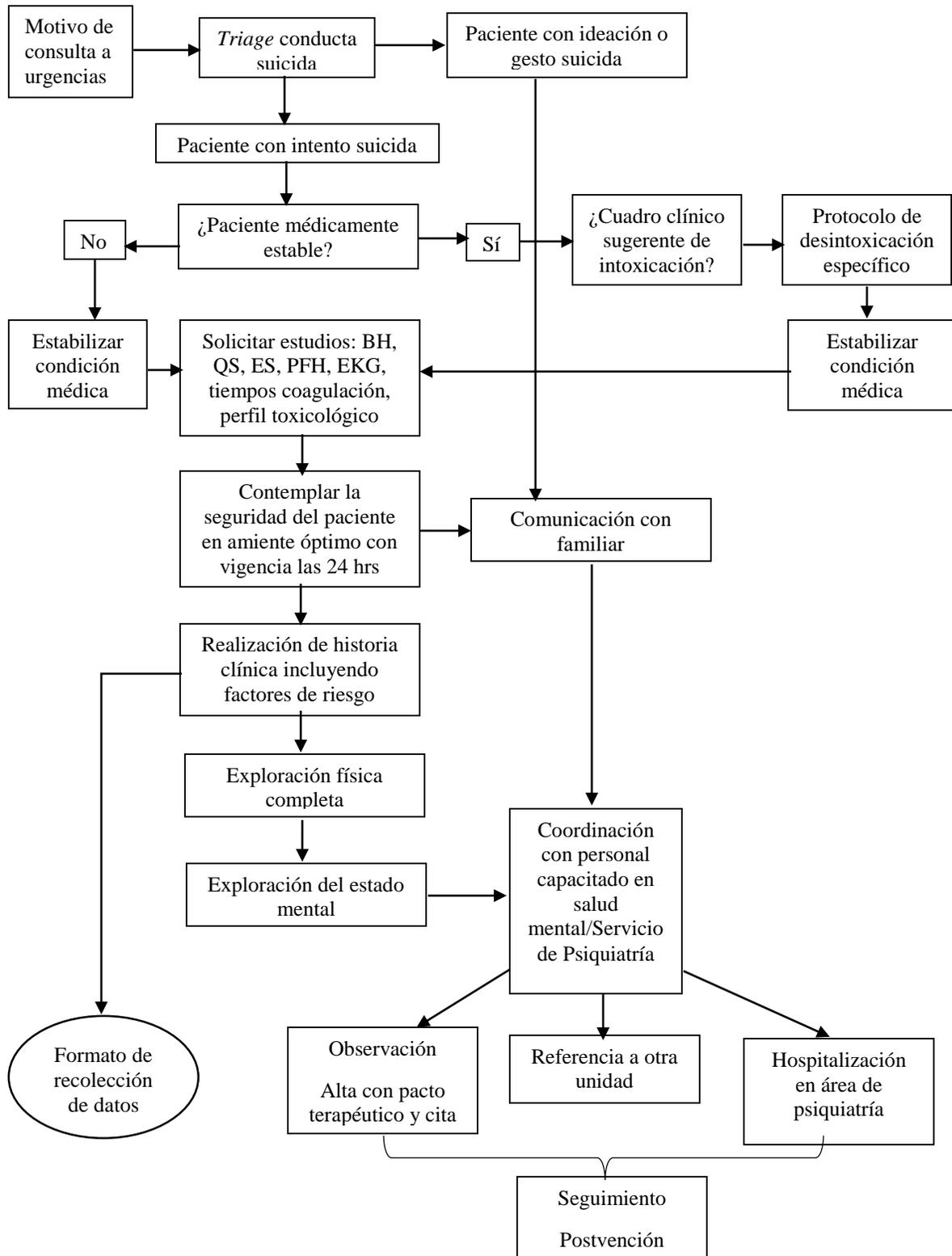


Figura 4. Algoritmo de atención para el paciente que presenta fantasías de muerte o pensamiento suicida en el hospital general (SAP, 2017, p. 36).

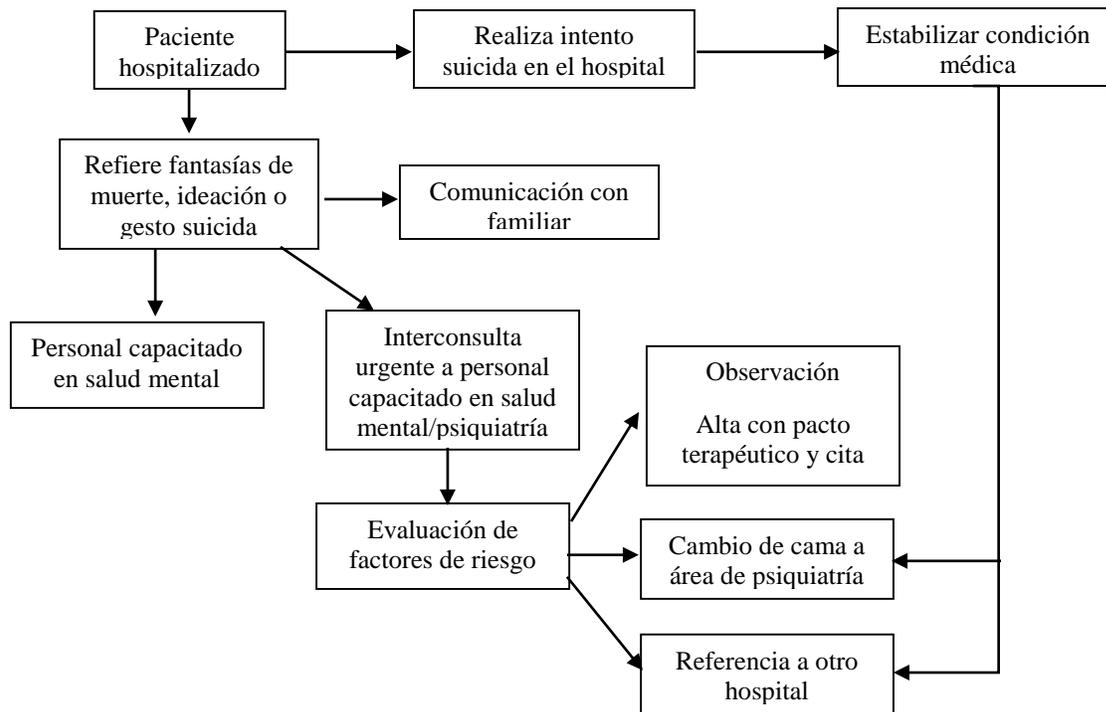
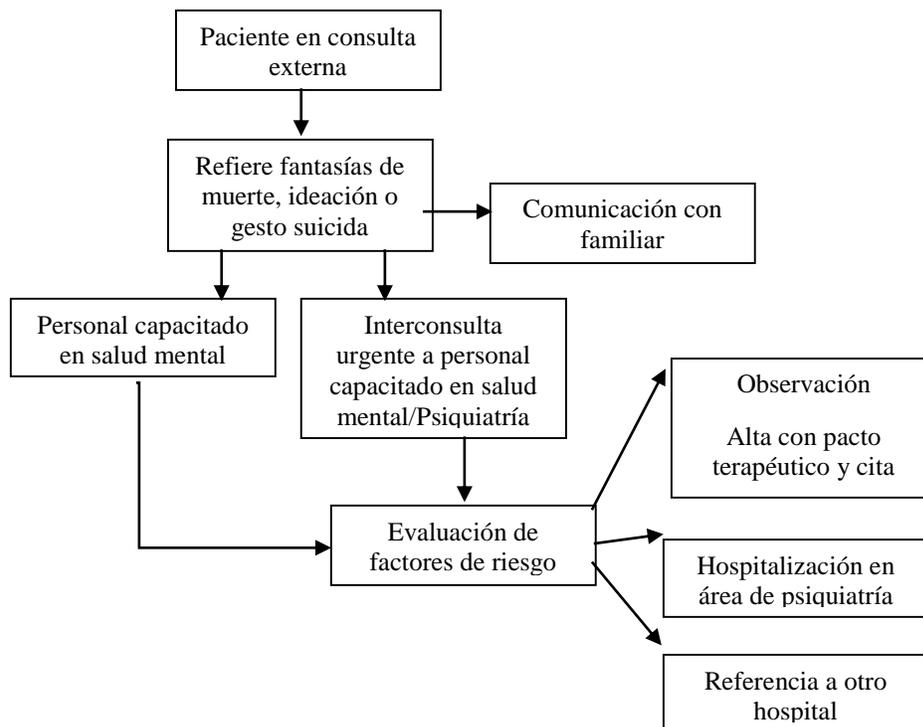


Figura 5. Algoritmo de atención para el paciente que presenta fantasías de muerte o ideación suicida durante la consulta externa del hospital general (SAP, 2017, p. 37).



Ahora bien, en relación a la atención de los profesionales de la salud mental, específicamente hablando, los autores señalan que es de suma importancia que el contacto con ellos sea inmediato y de fácil acceso, esto debido a que el paciente debe ser evaluado antes de ser internado, referido a otra unidad o dado de alta. En caso de que se dificulte el contacto con un profesional de esta área, entonces médicos y/o enfermeras deben estar capacitados para valorar al paciente con conducta suicida.

De igual forma, en la guía se resalta la importancia de que el individuo sea valorado por parte del personal de psiquiatría, con el objetivo de obtener información para realizar un diagnóstico e informar al paciente sobre lo que le está ocurriendo y que haga conciencia de lo mismo junto con sus familiares. Seguido de esto, el profesional de la salud mental debe facilitar al paciente un programa de intervención y tratamiento, farmacológico o no farmacológico según sea el caso. O de ser necesario internar o referir a otra institución que tenga acceso a los servicios y atención que precisa el paciente.

Asimismo es imprescindible resaltar que aunque en la Figura 4 se habla del “pacto terapéutico”, una técnica que ha demostrado tener más evidencia es lo que se conoce como *plan de seguridad*. Una vez que el paciente ya asiste a psicoterapia, el terapeuta y él deben redactarlo, pues garantiza que el paciente no realice nuevamente conductas que pongan en riesgo su vida. Se realiza en colaboración con el paciente y en ocasiones suele construirse en compañía de familiares y/o el personal de salud. Así pues, el plan de seguridad deber contener lo siguiente (ver Tabla 6):

Tabla 6
Puntos que debe contener un plan de seguridad (SAP, 2017, p. 34).

| Aspecto | Descripción |
|---|---|
| Signos de alarma | Se refiere al reconocimiento de pensamientos, estados de ánimo, eventos, situaciones, etc., que indiquen la aparición y desarrollo de un momento de crisis. |
| Estrategias de afrontamiento | En este punto se deben incluir actividades que la persona pueda realizar de manera individual. Estas actividades deben contribuir a que el paciente se estabilice y no permita que los pensamientos de muerte lo lleven a atentar contra su vida. Aquí pueden incluirse las técnicas de relajación, hacer ejercicio o salir a caminar. |
| Contacto de personas que puedan ofrecer apoyo en momentos de crisis | Se realiza una lista de personas con número de teléfono y contextos sociales en los cuales el paciente pueda apoyarse para apartar los pensamientos en momentos de crisis. |
| Contacto de familiares o amigos que puedan ayudar a resolver el momento de crisis | Se realiza una lista de familiares y/o amigos con número de teléfono en los cuales el paciente pueda apoyarse para hablar de lo que ocurre. Las personas de la lista deben ser comprensivas y de confianza para que la persona pueda hablar de temas delicados. |
| Contacto de profesionales de salud o líneas de atención | Implica realizar una lista de números telefónicos de servicios de intervención en crisis, servicios de atención inmediata como la policía, bomberos, primeros auxilios, protección civil, etc. Asimismo se pueden incluir hospitales que tengan servicio de urgencias y profesionales de la salud como médicos, psiquiatras y psicólogos. |
| Ambiente seguro | En este el paciente debe identificar los lugares en los que este seguro, en los que no haya acceso a objetos o sustancias con las que pueda causarse daño. |

Se debe recordar que la información descrita anteriormente se revisó con mayor detenimiento debido a la relevancia que tiene el área de urgencias en la atención de la conducta suicida. De igual forma es necesario recalcar que para conocer a fondo sobre el tema es indispensable recurrir al documento original, ya que aquí solo se realizó una

descripción general sobre la atención de la conducta suicida en los hospitales generales de México.

Ahora bien, cuando la persona que llega a urgencias es un paciente pediátrico, las medidas que se deben tomar las describió el Ministerio de Salud de la Nación de Argentina (2018), en el documento llamado “*Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes*”, en el cual se menciona que como medida inicial de cuidado se debe brindar al adolescente atención humanitaria y generar una relación de confianza, además de alejar objetos que puedan ser peligrosos y evitar ignorar comentarios o desvalorizarlos, ya que son elementos clave para la evaluación.

Además de lo anterior, en éste se señala que la evaluación médica debe realizarse igual para los y las pacientes que llegan por alguna conducta relacionada al suicidio, es decir que si la razón por la que están en urgencias es la presencia de cortes superficiales, la evaluación debe comprender los mismos aspectos que si llega por cortes profundos. Aunado a esto, el profesional debe revisar signos vitales y posteriormente realizar un examen médico completo en el que revise las lesiones recientes y cicatrizadas, asimismo debe incluir un examen para descartar abuso sexual y/o maltrato, detectar si se han ingerido sustancias psicoactivas o alcohol y si hay embarazo.

En cuanto a la evaluación psicológica, como se menciona en el documento, se debe incluir la valoración del estado de conciencia, orientación, estado cognitivo, aspecto físico, estado motriz, actitud hacia la atención, lenguaje utilizado, pensamiento, alteraciones de la sensopercepción, humor, sueño, conducta alimentaria y finalmente el juicio. Es importante recalcar la necesidad de que un adulto esté presente durante ambos exámenes, ya que el paciente es menor de edad, por lo que debe haber un responsable a su cargo.

Una vez finalizada la evaluación correspondiente es necesario que se tomen medidas a partir de lo obtenido, es decir el paciente puede ser internado, referido a otra institución o permitir que egrese de la unidad, siempre tomando en cuenta que por ser menor de edad debe estar en constante vigilancia.

En resumen, la atención de la conducta suicida en niños y adolescentes debe ser de más cuidado, no solo porque son menores de edad, sino también porque el trato que el

personal de la salud ofrece puede fungir como un elemento negativo si no se tiene la precaución necesaria tanto para realizar el acercamiento como para la obtención y manejo de la información obtenida. Por tanto, la confianza que él o la paciente ofrezcan al servicio de urgencias debe ser valorada ya que de esta depende que la evaluación resulte favorable para brindar una mejor atención e intervención.

Finalmente, tomando en cuenta lo que ya se habló en el capítulo anterior sobre las estadísticas se concluye que todo profesional de la salud perteneciente al área de urgencias médicas debe estar capacitado en la atención de personas que llegan por conducta suicida, esto con la finalidad de que tomen las medidas correspondientes y las decisiones correctas para evitar que alguna persona se sume a las estadísticas de defunciones por suicidio en los distintos hospitales de México.

2.2 Atención en Psiquiatría

La Psiquiatría es una de las ramas de la medicina que se encarga del estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales y patologías relacionadas (Vallejo, 2011). La conducta suicida, por su parte se considera dentro de diversos trastornos mentales, definiendo este último de la siguiente manera:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente (Asociación Americana de Psiquiatría-APA, 2013, p. 5).

Ahora bien, la APA (2013) menciona que la conducta suicida se puede derivar de los siguientes trastornos:

Trastorno bipolar y ciclotimia. El trastorno bipolar, de acuerdo a Vieta y Reinares (en Palomo y Jiménez, 2009) se caracteriza principalmente por el estado maníaco-depresivo que

experimenta el individuo debido a una alteración en la regulación del estado de ánimo, misma que se manifiesta en episodios que van desde una depresión profunda hasta una euforia intensa, los episodios varían en cuanto a intensidad y frecuencia. Este trastorno suele debutar durante la infancia-adolescencia, aunque frecuentemente inicia a los 20 años de edad.

Los episodios por los que suele transitar la persona son *manía*, caracterizada por sentimientos de grandeza, autoestima muy elevada, verborrea, ánimo elevado e irritable, etc.; *hipomanía*, la cual consiste en ánimo elevado e irritante pero en menor medida que la manía; *episodio mixto*, en el que se experimentan simultáneamente episodios maniaco-depresivos; y *depresión*, caracterizada por sentimientos recurrentes de tristeza, pérdida del placer, falta de interés, pensamientos pesimistas, de minusvalía y/o culpa, entre otros.

Asimismo, dentro de este trastorno se identifican tres subtipos. *Trastorno bipolar tipo I*. Se caracteriza por la presencia de un episodio maníaco o mixto y episodios depresivos mayores, los cuales se presentan con más frecuencia. *Trastorno bipolar tipo II*. Consiste en la combinación de episodios de depresión mayor con hipomanía espontánea, pero sin la presencia de episodios maníacos o mixtos; y finalmente la *ciclotimia* que hace referencia a la presencia de síntomas tanto hipomaníacos como depresivos, cabe mencionar que estos últimos no cumplen los criterios para diagnosticarse como depresión mayor. De igual forma, es relevante señalar que en la ciclotimia los síntomas tienen una duración de por lo menos dos años.

En relación a lo anterior, la APA (2013) explica que la conducta suicida para los tres tipos de trastorno bipolar suele aparecer en los períodos maníacos para el tipo I y en los de depresión mayor para el tipo I, II y ciclotimia, aunque suele presentarse con más frecuencia en los episodios depresivos. Por ejemplo, uno de los criterios que se toman en cuenta para bipolaridad tipo I en relación a la conducta suicida para el episodio maníaco y depresivo, respectivamente, son los siguientes:

C. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño así mismo o a otros, o porque existen características psicóticas (p. 72).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo (p. 75).

Trastorno límite de personalidad (TLP). Este trastorno se encuentra dentro de los llamados trastornos de personalidad, mismos que se caracterizan por la dificultad que tiene el individuo para relacionarse con los demás, la incapacidad en la regulación emocional y del afecto y por la intensidad con la que reaccionan a ciertos eventos. Es más frecuente en jóvenes de edad, entre 19 y 35 años y se presenta más en mujeres. Además de lo anterior, este tiene comorbilidad con otros trastornos como los de ansiedad, depresión, fobias y abuso de sustancias (Mirapeix, en Palomo y Jiménez, 2009).

La APA (2013) por su parte menciona que uno de los criterios que se toman en cuenta para su diagnóstico y que está relacionado con la conducta suicida es “5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación” (p. 364).

Finalmente, el trastorno al que se le ha relacionado más con la conducta suicida es la depresión. Esta se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida del interés en actividades que antes se disfrutaban, así como por la incapacidad de llevar a cabo las labores de la vida cotidiana.

El trastorno depresivo mayor es el que, de acuerdo a diversos estudios, ha presentado tener mayor relación con la conducta suicida. La APA (2013) menciona que uno de los criterios que se toman en cuenta para su diagnóstico es el que se citó anteriormente en el apartado de bipolaridad tipo I.

Es importante mencionar que aquí solo se han citado los criterios relacionados con la conducta suicida para cada uno de los trastornos, sin embargo para el diagnóstico de cada uno de estos es relevante tomar en cuenta los criterios completos, por lo que se recomienda consultar la *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* si se desea conocer más sobre los trastornos mencionados y sus respectivos diagnósticos.

Con respecto a la atención en el área de Psiquiatría, durante el primer contacto del paciente con el psiquiatra es indispensable que se realice una historia clínica con la finalidad de recabar la mayor información posible que ayude a que el profesional de la salud le brinde un mejor servicio al paciente.

De acuerdo a Santos (en Palomo y Jiménez, 2009) la entrevista clínica psiquiátrica es esencial para recabar datos relacionados con el paciente que pueden fungir como elementos clave durante la evaluación del mismo. Además de lo anterior, el poseer información puede ayudar al profesional de salud mental a formular el caso, armar un expediente y por tanto hacer un diagnóstico para posteriormente iniciar un tratamiento efectivo.

Así pues, los aspectos que deben tomarse en cuenta al realizar una historia clínica son los datos personales de identificación y datos demográficos, motivo de consulta (se debe tomar en cuenta la queja principal), enfermedad actual, antecedentes personales, en donde se debe incluir los psiquiátricos, consumo de sustancias y médicos; aunado a esto, es importante agregar la historia personal, en donde se recaban datos relacionados con el nacimiento, infancia, adolescencia y edad adulta; y finalmente la historia familiar. También es necesario realizar un examen del estado mental y exploraciones que ayuden a complementar la información ya obtenida.

Una vez que se ha realizado la historia clínica se hace la formulación del caso, se obtiene un diagnóstico y finalmente se arma un plan de tratamiento, sin olvidar el planteamiento de objetivos destinados a la mejora del paciente.

En cuanto a la evaluación, el autor también menciona que hay dos tipos: 1) la que se hace en psiquiatría general y 2) la que se realiza en urgencias psiquiátricas. En el primer tipo, el objetivo principal es la recogida de información con la finalidad de obtener un diagnóstico y armar un adecuado programa de tratamiento para el paciente, un ejemplo de éste es el que se describió anteriormente. Por otro lado, el segundo tipo tiene como principal objetivo atender a la persona que presenta alteraciones en la conducta, pensamientos, impulsos o actitudes que comprometan su vida o la de las que lo rodean. En éste tipo de evaluación se recurre al triage en el área de urgencias para personas que llegan por intento de suicidio, para posteriormente referirla a una institución psiquiátrica o darlo de alta, según sea el caso.

Para llevar a cabo las evaluaciones se utilizan distintas escalas, las cuales están destinadas, en su mayoría, a identificar el nivel o grado de urgencia en el que la persona está llegando o se encuentra al momento de asistir a consulta. Entre las principales escalas utilizadas en esta área se encuentran el Cuestionario de salud general (GHQ, Goldberg, 1972), Escala de Hamilton para la depresión (HDRS, Hamilton, 1960) y el Inventario de

depresión de Beck (BDI, Beck, 1996), debido a que es el trastorno que generalmente se relaciona con la conducta suicida.

Por lo que se refiere al tratamiento farmacológico, Witt (noviembre, 2018) en el curso “*Entrenamiento para la Atención de Emergencias Psicológicas*” señala que los fármacos que se utilizan para el tratamiento de los distintos trastornos mencionados, pero en particular para la depresión son los que se muestran a continuación (ver Tabla 7):

Tabla 7.

Fármacos más utilizados en el área de psiquiatría para el tratamiento de la depresión y otros trastornos mentales (Witt, noviembre 2018).

| Clasificación | Fármaco |
|---|--|
| Inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS). | Sertralina, Fluoxetina, Paraxetina, Citalopram, Escitalopram |
| Inhibidores selectivos de recaptura de serotonina y noradrenalina (ISRSNA). | Duloxetina, Ventafoxetina, Desventatoxina |
| Tricíclicos | Amitriptilina, Amoxapina, Desipramina |
| Inhibidores no selectivos de la monoamino oxidasa (IMAO) | Nialamida, Fenelzina, Fenilalanina |
| Otros | Trazodona, Bupropion, Mirtazapina |

Al igual que lo anterior, menciona que además del uso del fármaco es indispensable que el paciente asista a psicoterapia, esto con la finalidad de que se trabaje el manejo de emociones, el cambio de pensamientos, de actitudes y formas de interpretar las situaciones a las que se enfrenta diariamente. Así pues, entre las psicoterapias que recomienda se encuentran la psicoterapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia familiar sistémica.

Finalmente, Nieto, Iribarne, Droguett, Brucher, Fuentes y Oliva (2017) explican que en urgencias psiquiátricas, los casos considerados especiales por la atención que se les debe dar en el área de urgencias del hospital general son el delirium, la agitación psicomotora y junto a ellos la ideación e intento suicida. En relación a este último, los autores indican que además de la historia clínica, entre los aspectos a los que se debe dar prioridad son a la indagación de pensamientos y comportamientos suicidas ya que comprometen la vida del paciente. Además de esto, los especialistas deben armar un plan de tratamiento en conjunto

con el paciente y su red de apoyo, en el cual es importante que se identifiquen los factores de riesgo y factores protectores, con la finalidad de modificarlos de ser posible.

De igual forma, indican que es importante que tanto el médico que se encuentra en urgencias médicas del hospital general como el equipo de trabajadores de esa área tengan conocimiento respecto al intento suicida y su atención, pues actuar de manera inmediata y correcta puede brindar al paciente la oportunidad de iniciar un tratamiento que le permita mejorar en las distintas áreas de su vida.

2.3 Atención en Psicología

La Psicología, de acuerdo a James (1989) es “la ciencia de la vida mental, tanto en sus fenómenos como en sus condiciones. Los fenómenos son cosas como las que llamamos sensaciones, deseos, cogniciones, razonamientos, decisiones, etc.” (p. 5).

Arana, Meilán y Pérez (2006), por otro lado manifiestan que la Psicología actualmente se puede definir solo como “ciencia de la conducta” siempre y cuando se especifique que conducta es toda actividad observable, ya sea individual o de grupos y la actividad no observable como lo son los pensamientos, emociones, motivaciones, recuerdos, etc. Además de esto, los autores mencionan que la psicología consiste en conocer sobre las personas, sus comportamientos y los procesos mentales, enfocados en el cómo y porqué, para que una vez que se conozcan las causas del comportamiento se pueda intervenir mejorando la vida de la persona.

La Psicología clínica, por otra parte, es un campo de la Psicología que se especializa en el estudio del comportamiento anómalo, es decir aquellos que figuran un trastorno para el individuo y para las personas que lo rodean. Esta área de la Psicología consiste principalmente en la aplicación e implementación de conocimientos y métodos enfocados al psicodiagnóstico del problema que aqueja al individuo, para posteriormente aplicar un tratamiento que incluya procedimientos psicoterapéuticos destinados a reducir el malestar personal y enmendar y prevenir el problema (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos-EFPA, 2003).

Asimismo, la labor del psicólogo clínico es de suma importancia tanto en el área de investigación como en el área de atención, en donde es indispensable la recolección de datos,

la evaluación, la integración de un expediente y la elaboración de un programa de intervención eficaz siempre orientado a objetivos; así pues lo anterior se puede ver reflejado en la siguiente cita:

Evaluación (incluyendo diagnóstico), tratamiento e investigación. Respecto a la investigación los psicólogos clínicos aplican e interpretan test psicológicos tanto con fines de evaluar la inteligencia y otras capacidades del individuo o bien con el propósito de esclarecer las características mentales que sirven de base para realizar el diagnóstico de un trastorno mental específico. La entrevista, en la que los psicólogos preguntan e interactúan con un paciente, es otra herramienta diagnóstica estándar. Para fines de tratamiento, el psicólogo clínico puede usar una amplia variedad de formas de psicoterapia, aunque recientemente existe la tendencia hacia un enfoque ecléctico, mediante una combinación de técnicas adaptadas a cada caso. Los psicólogos clínicos pueden especializarse en Terapia de Conducta, Terapia Grupal, Terapia Familiar, Psicoanálisis y otras. La investigación es un importante campo para algunos psicólogos clínicos en su formación para hacer estudios experimentales y para el uso de las técnicas estadísticas.

De este modo, los psicólogos clínicos son miembros fundamentales en proyectos de investigación realizados en el ámbito de la Salud Mental (EFPA, 2003, p. 3).

Como ya se mencionó con anterioridad, dentro de la Psicología clínica existen diversas terapias y técnicas enfocadas a aspectos en particular, aquí se verán principalmente dos, los Primeros Auxilios Psicológicos y la Psicoterapia Cognitivo Conductual, ambos incluidos por la relevancia que tienen en relación a la atención, intervención y tratamiento de la conducta suicida.

2.3.1 Primeros Auxilios Psicológicos

Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) son una estrategia de intervención donde se atienden situaciones de manera inmediata, los casos se relacionan con la intervención en crisis que se manifiestan por una alta carga emocional y un grado elevado de estrés. Esta estrategia surge a partir de la necesidad por atender emergencias ya sean individuales o colectivas. Existen dos tipos de situaciones en las que es indispensable utilizar esta estrategia: 1) situaciones de desastres naturales, como lo son huracanes, tormentas, terremotos, inundaciones, etc. y 2) accidentes ya sean involuntarios, como los de tránsito e incendios; o

intencionales, como secuestros, violaciones, terrorismo, entre otros (Correa, Herazo, Sepúlveda y Yepes, 2018).

Asimismo, la OMS (2012) señala que es de suma importancia que la persona afectada reciba PAP en las primeras 72 horas, ya que de esta manera se puede reducir el daño emocional y las secuelas psicológicas, pues cuando se le brinda a la persona este tipo de estrategias se logra restablecer el equilibrio emocional, causando la disminución de la sintomatología ocurrida durante el momento de crisis.

Ahora bien, cuando una persona requiere de PAP e intervención en crisis, es porque está pasando por una situación que le está generando malestar incontrolable o un trauma psicológico. Según Figueroa, Cortés, Accatino y Sorensen (2016), el DSM-5 define el trauma como “cualquier situación en la que una persona se vea expuesta a escenas de muerte real o inminente, lesiones físicas graves o agresión sexual, ya sea en calidad de víctima directa, cercano a la víctima o testigo” (p. 643). Lo que puede ocasionar, según los autores, que las personas se vean afectadas por eventos traumantes generando graves secuelas que finalizan en el diagnóstico de Estrés Postraumático (TEPT).

Asimismo, explican que cuando una persona se ve inmersa en una situación traumática reciente se originan una serie de cambios físicos, emocionales, cognitivos e interpersonales como las siguientes (ver Tabla 8):

Tabla 8.

Reacciones emocionales, cognitivas, físicas e interpersonales comunes frente a experiencias traumáticas recientes (Figueroa, Cortés, Accatino y Sorensen, 2016).

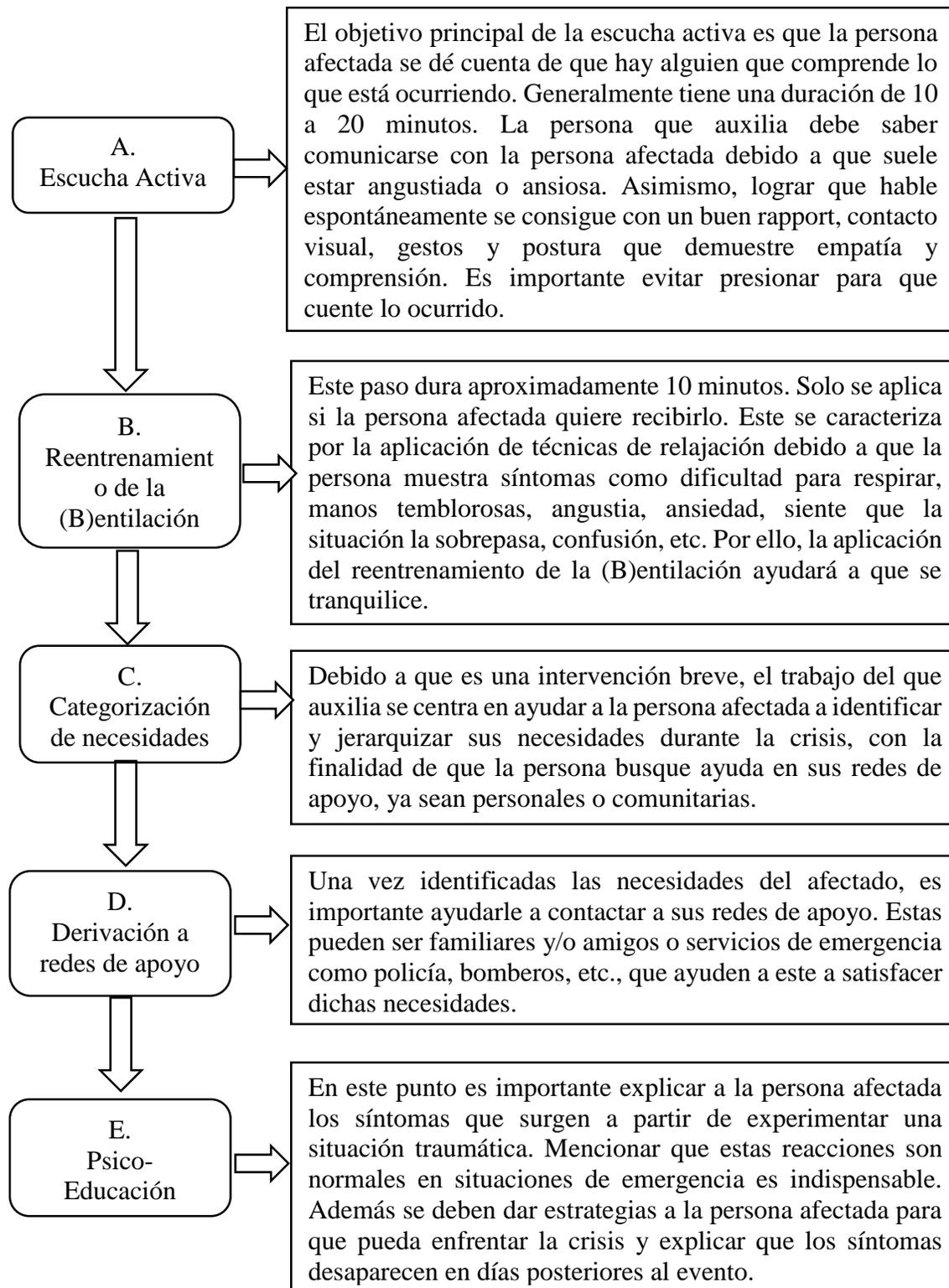
| Reacciones emocionales | Reacciones cognitivas | Reacciones físicas | Reacciones interpersonales |
|---|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Estado de shock | Dificultades para concentrarse | Fatiga, cansancio | Incremento en conflictos |
| Terror | Dificultades para tomar decisiones | Insomnio | interpersonales |
| Irritabilidad | Dificultades de memoria | Taquicardia o palpitaciones | Retraimiento social |
| Sentimiento de culpa (hacia sí mismo y hacia otros) | Incredulidad | Sobresaltos | Reducción en las relaciones íntimas |
| Rabia | Confusión | Exaltación | Alienación |
| | | Incremento de dolores físicos | |

Tabla 8 (continuación)
Reacciones emocionales, cognitivas, físicas e interpersonales comunes frente a experiencias traumáticas recientes (Figuroa, Cortés, Accatino y Sorensen, 2016).

| Reacciones emocionales | Reacciones cognitivas | Reacciones físicas | Reacciones interpersonales |
|--|---|-----------------------------------|--|
| Dolor o tristeza | Pesadillas | Reducción de la respuesta inmune | Dificultades en el desempeño laboral o escolar |
| Embotamiento emocional | Autoestima decaída | Dolores de cabeza | Reducción de la satisfacción |
| Sentimientos de impotencia | Noción de autoeficacia disminuida | Perturbaciones gastrointestinales | Desconfianza |
| Pérdida del disfrute derivado de actividades familiares | Pensamientos culposos | Reducción del apetito | Externalización de la culpa |
| Dificultad para sentir alegría | Pensamientos o recuerdos intrusivos sobre el trauma | Reducción del deseo sexual | Externalización de la vulnerabilidad |
| Dificultad para experimentar sentimientos de amor y cariño por otros | Preocupación | Vulnerabilidad a la enfermedad | Sensación de abandono o rechazo |
| | Disociación (ej. Visión túnel, sensación de irrealidad, dificultades para recordar, sensación de separación del cuerpo, etc.) | | Sobreprotección |

En relación a los pasos que se deben seguir al aplicar los PAP, Cortés y Figuroa (2015) crearon un documento que lleva por nombre *Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos* en el que mencionan que para llevar a cabo la intervención en crisis es necesario que se tomen en cuenta los siguientes pasos (ver Figura 6):

Figura 6. Pasos que se deben seguir para la aplicación de los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) de acuerdo a Cortés y Figueroa (2015).

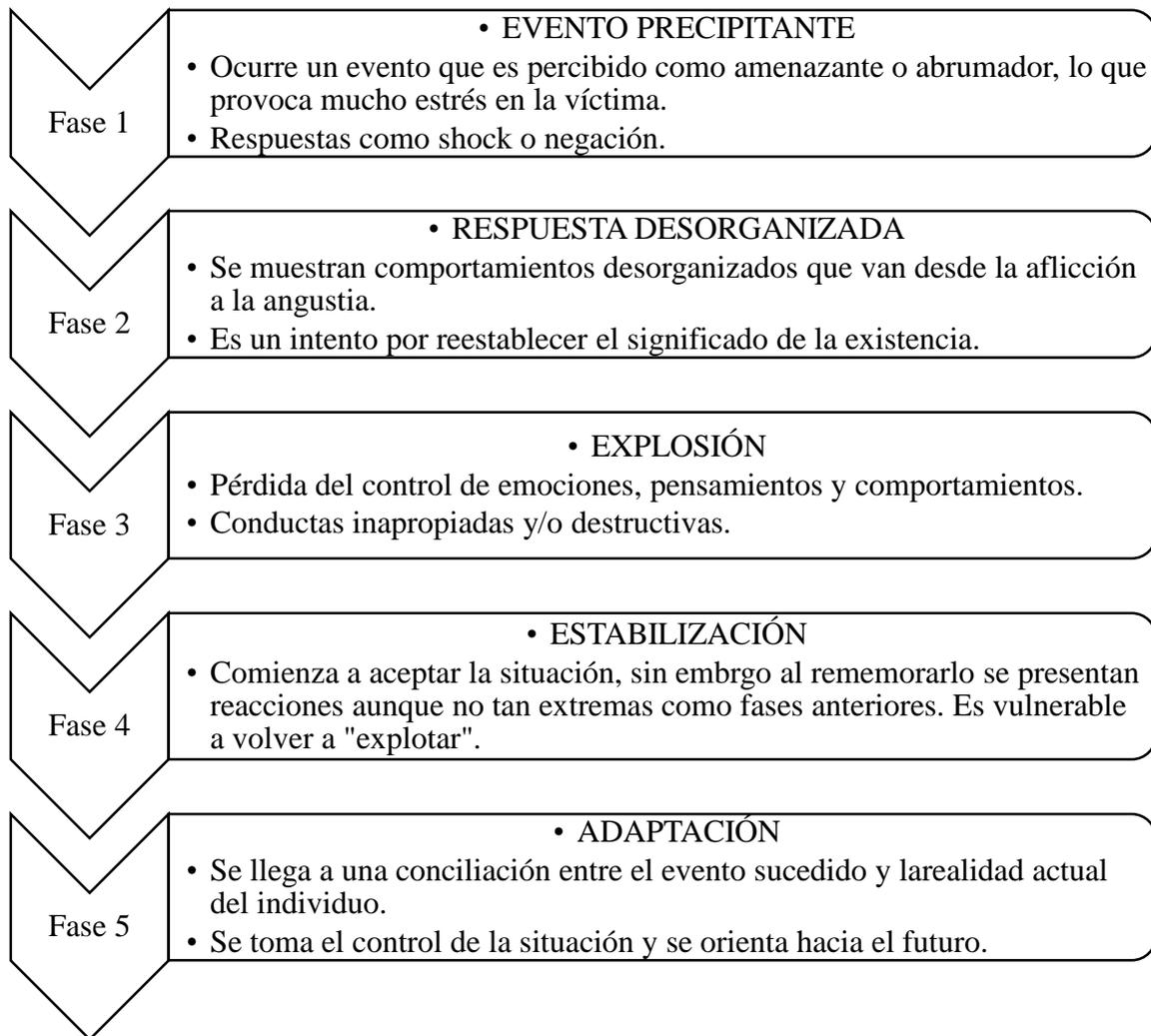


Además de lo anterior, los autores señalan la importancia de derivar al área de psiquiatría a las personas que durante la intervención en crisis muestren conductas asociadas a la ideación e intento de suicidio, agresividad hacia sí mismo o hacia terceros, catatonía, psicosis o algún trastorno psiquiátrico grave como el trastorno bipolar, consumo de sustancias, etc., que incrementen la vulnerabilidad de la persona tras el trauma y que por tanto ponga en riesgo su vida.

Así pues, de acuerdo a Hernández y Gutiérrez (2014), las personas pueden experimentar dos tipos de crisis: 1. Por choque, la cual se caracteriza por un cambio ocurrido sin previo aviso en el contexto en el que se encuentra el individuo causando en él un estado de shock debido a la incapacidad de afrontar el evento y 2. Por agotamiento, en la cual la persona afronta de forma efectiva la situación de emergencia, sin embargo después de un tiempo prolongado la técnica de afrontamiento deja de ser efectiva ocasionando un estado de agotamiento en el individuo, por lo que da pie a la aparición de un momento de crisis.

De igual forma, los autores explican que cuando una persona enfrenta una situación de crisis suele pasar por cinco fases, mismas que se describen a continuación (ver Figura 7):

Figura 7. Fases por las que pasa una persona durante una crisis (Hernández y Gutiérrez, 2014, p. 27).



La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH, 2014), por otro lado, retoma información de Slaikeu (1996), para explicar la importancia de saber qué si y no hacer cuando una persona está experimentando una situación de crisis. Es por lo anterior que para la correcta aplicación de los PAP es importante tomar en cuenta lo siguiente (ver Tabla 9):

Tabla 9.

Consejos prácticos para la correcta aplicación de los PAP en situaciones de crisis (Slaikeu, 1996; como se citó en CNDH, 2014).

| | ¿Qué hacer? | ¿Qué no hacer? |
|------------------------------------|---|--|
| 1. Contacto | Escuchar de manera cuidadosa Reflejar sentimientos y hechos Comunicar aceptación | Contar “tu propia historia” Ignorar sentimientos o hechos Juzgar o tomar partido |
| 2. Dimensiones del problema | Plantear preguntas abiertas Pedir a la persona que sea concreta | Depender de preguntas de sí/no Permitir abstracciones continuas Pasar por alto las señales de “peligro” |
| 3. Posibles soluciones | Alentar la lluvia de ideas Establecer prioridades | Dejar obstáculos sin examinar |
| 4. Acción concreta | Dar un paso cada vez Establecer metas específicas de corto plazo Hacer confrontaciones cuando sea necesario | Intentar resolverlo todo de inmediato Tomar decisiones que comprometan por largo tiempo Ser tímido Retraerse de tomar decisiones cuando parezca necesario |
| 5. Seguimiento | Hacer un compromiso para volver a establecer comunicación Evaluar los pasos de acción | Dejar detalles en el aire, o asumir que el entrevistado continuará la acción del plan por sí mismo Dejar la evaluación a alguien más |

En resumen, es fundamental no olvidar que toda persona que aplique los PAP debe tener conocimientos y habilidades en relación a la aplicación, la realización de la intervención en crisis, las frases que se pueden utilizar para comunicarse, así como tener siempre presente lo que se puede y no hacer en situaciones críticas. Pues las personas que auxilian deben estar altamente capacitadas para llevar a cabo la intervención y así lograr con éxito el equilibrio y

estabilidad tanto física como emocional de las personas que están experimentando situaciones que las rebasan.

2.3.2 Psicoterapia Cognitivo Conductual

La Psicoterapia Cognitivo Conductual (TCC) es un tipo de psicoterapia psicológica que utiliza técnicas y procedimientos con bases científicas. Es una terapia enfocada en la conducta, a nivel emocional, conductual, fisiológico y cognitivo, incluyendo los comportamientos tanto observables como no observables. El objetivo principal de la TCC es el cambio conductual, cognitivo y emocional, ya que se enfoca en la modificación de la conducta que se considera desadaptada y brinda herramientas que ayudan a la persona a adoptar conductas que le favorezcan. Este tipo de terapia está dirigida a la transformación de los procesos cognitivos que se relacionan con el comportamiento. La TCC, de igual forma considera valioso tanto la evaluación como el tratamiento que se le ofrece a las personas, pues es a partir de los cambios en el comportamiento que se conoce la eficacia de la intervención realizada (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

De acuerdo a Meichenbaum (en Linn y Garske, 1988), la TCC se basa en la idea expuesta por Epíceto, un filósofo estoico romano, quien decía que los factores cognitivos son los causantes de los problemas emocionales de las personas. Según este filósofo los hombres se trastornan por las opiniones que formulan de los acontecimientos, no por el evento en sí mismo.

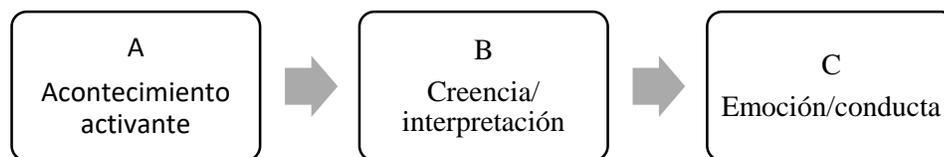
Tomando en cuenta lo anterior, el autor menciona que la TCC se centra en la modificación de los pensamientos erróneos, ya que son estos los que generan desadaptación del individuo ante distintos eventos, pues es a partir de estos que el ser humano tiende a actuar y comportarse.

Asimismo, recalca que esta terapia no tiene un solo fundador, ya que se compone de distintos enfoques, mismos que han sido descritos por distintos autores, entre los que destacan Albert Ellis y Aaron Beck. Cabe resaltar que la Terapia Racional Emotiva (TRE) y la Terapia Cognoscitiva de Beck son los enfoques terapéuticos más representativos de la TCC, pues ambos abordan la influencia que tienen los pensamientos en el comportamiento de una persona.

Según Martorell (2014), la TRE, fundada por Ellis, tiene como objetivo principal manipular los pensamientos disfuncionales a partir de los cuales se generan tanto actitudes como creencias irracionales que llevan al individuo a la formulación de falsas conclusiones. Para combatir las se suele dialogar con el cliente respecto a las mismas, con la finalidad de generar un cambio en el pensamiento y por tanto en el comportamiento del individuo.

Esta terapia explica que las alteraciones psicológicas nacen porque el ser humano tiende a evaluar los acontecimientos que le rodean de manera absoluta, formulando creencias equivocadas. Además, el autor señala que para Ellis una emoción proviene de la interpretación que se hace de los acontecimientos. De acuerdo al fundador de esta terapia, cuando el individuo se ve inmerso en una situación inmediatamente se origina un pensamiento, mismo que hace que este actúe de cierta manera. Es a partir de esta idea que se desarrolla el modelo ABC de Ellis, el cual se representa de la siguiente manera (ver Figura 8):

Figura 8. Modelo ABC de la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Albert Ellis (Martorell, 2014).



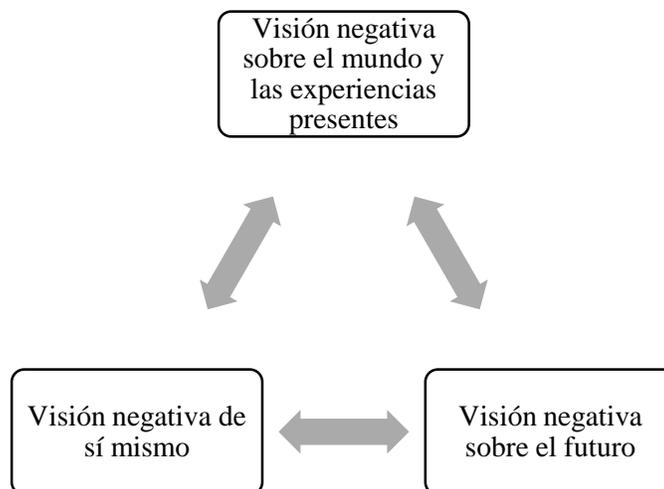
Con respecto a las técnicas utilizadas en la TRE, en primer lugar, el autor menciona que se deben identificar las creencias irracionales del cliente, estas generalmente se expresan como “debería”. En segundo plano es importante dialogar y debatir las ideas identificadas con la finalidad de que el individuo se percate de la inexactitud de las mismas y de las que son verdaderas y correctas. Posteriormente, es indispensable que la persona diferencie entre lo que son deseos y lo que son necesidades para finalmente definir lo que ocasiona la aparición de sus creencias. En conclusión, la finalidad de la TRE es la discusión de las creencias irracionales para dar cuenta al individuo de que son estas las que le ocasionan problemas emocionales.

Por otro lado, pero no menos importante, se encuentra la Psicoterapia cognitiva de Beck. De acuerdo al autor, el objetivo de esta es modificar las hipótesis y pensamientos erróneos originados a partir de la percepción y estructuración equivocada de las experiencias del individuo, mismas que determinan sus sentimientos y acciones.

Esta terapia está enfocada en primer lugar, a la identificación de *pensamientos automáticos*. Estos pensamientos surgen del inadecuado procesamiento de la información y se caracterizan por ser frases que aparecen de forma automática concibiéndolas como verdaderas. Es en relación a esto último que el punto central de esta terapia es poner a prueba la realidad de dichos pensamientos mediante un análisis de los mismos.

También, Martorell (2014) explica que Beck inicia esta terapia con la finalidad de tratar la depresión. Para ello, Beck formula la *tríada cognitiva*, en la cual enfatiza que el individuo tiende a ver de forma negativa a) a sí mismo, b) el mundo y las experiencias y c) el futuro. Esta idea se representa de la siguiente manera (ver Figura 9):

Figura 9. Tríada cognitiva de la Terapia cognitiva de Beck para la Depresión (Martorell, 2014).



De igual forma, Beck identificó lo que se conoce como *distorsión cognitiva*. Esta se caracteriza por la falsa interpretación que se da a las situaciones y a partir de la cual se generan errores en la forma de pensar, la persona cree que su argumento es totalmente válido a pesar de que se aprecie un error en la forma de procesar la información y en la evidencia existente que comprueba dicho error. Así pues, Beck afirma que una distorsión cognitiva se genera de cómo la persona percibe, interpreta y estructura la realidad, de esta manera, la

distorsión que el individuo le ha dado a la información guía su comportamiento a través de los contextos en los que se desenvuelve (Meichenbaum, en Linn y Garske, 1988).

En concreto, a continuación se muestran algunas de las distorsiones cognitivas identificadas por Beck (ver Tabla 10):

Tabla 10.

Distorsiones cognitivas identificadas por Aaron Beck (Meichenbaum, en Linn y Garske, 1988).

| Distorsión cognitiva | Descripción |
|------------------------|--|
| Pensamiento dicotómico | El individuo atribuye valores polarizados a las situaciones (malo-bueno), sin dar oportunidad a un punto medio. |
| Sobre generalización | Hace referencia a calificar todos los acontecimientos o personas de la misma manera (“todos los hombres son iguales”). |
| Personalización | La persona se apropia de eventos externos (“mis padres se divorciaron por mi culpa”). |
| Magnificación | El individuo tiende ver los eventos o situaciones más preocupantes o catastróficos de lo que son (“es lo peor que me ha pasado”). |
| Inferencia arbitraria | La persona suele elaborar conclusiones sin evidencia de lo que ocurre a su alrededor, generalmente enfocado a lo negativo (“le caigo mal, por eso no me voltea a ver”). |
| Sesgo confirmatorio | Hace referencia a la búsqueda constante de evidencia que pruebe las creencias que la persona tiene en relación a los acontecimientos (“lo sabía, no se puede confiar en nadie”). |

En conclusión, tanto la TRE como la Psicoterapia cognitiva de Beck están enfocadas en la modificación de pensamientos erróneos. La TCC, por otro lado tiene como objetivo evaluar, identificar y debatir dichos pensamientos a partir de las terapias descritas anteriormente, pues no hay que olvidar que el bienestar o malestar de una persona depende de la manera en que ésta interpreta los eventos a los que se expone.

Además de lo anterior, es indispensable recordar que la modificación de pensamientos puede ayudar al individuo a mejorar su estado emocional, por lo que modificar tanto pensamientos como creencias ayuda a reestablecer el bienestar psicológico de la persona, tomando en cuenta que todos los días estamos expuestos a eventos de distinta índole.

2.4 Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio (CREAS-Iztacala)

CREAS (Santillán, s.f) es una estrategia que pertenece al Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes (CAOPE) de la FES-I. Uno de los aspectos que la Universidad toma en cuenta para el cuidado de los estudiantes, es la salud mental de los mismos. Es a partir de aquí que surge la idea de desarrollar intervenciones apropiadas y necesarias para la atención de la comunidad estudiantil en el área de salud mental. El objetivo de dicha estrategia es brindar atención a estudiantes que experimenten una crisis emocional, en caso de que soliciten la asesoría psicológica.

Además de lo anterior, esta estrategia ofrece cursos de entrenamiento a egresados de la Licenciatura en Psicología de la Facultad para que brinden atención a los universitarios que soliciten el apoyo, cabe mencionar que el entrenamiento se basa en la terapia breve con enfoque Cognitivo Conductual y Psicología Positiva. De igual forma, semanalmente se realiza una sesión para supervisar los casos que atienden cada uno de los terapeutas del CREAS.

Otro punto a resaltar, es la importancia que tanto la FES-I como la estrategia CREAS le dan a la prevención, pues también se encarga de la difusión de programas enfocados a este tema. De igual forma, se hace responsable de la realización de materiales para las intervenciones y para difusión que puedan servir como herramientas de apoyo dirigidas a terapeutas y a estudiantes interesados en el tema. La investigación, por otro lado, es imprescindible para la estrategia, ya que es a través de esta que se pueden identificar variables asociadas al suicidio en general y en estudiantes de la FES-I, en particular. En suma, los trabajos de investigación y la información relacionada al suicidio, se suelen difundir en eventos académicos para brindar una panorámica más amplia del fenómeno para su prevención.

Ahora bien, ya que se conocen las distintas aportaciones de la estrategia, es importante también conocer quién la ha llevado a cabo. Así pues, la estrategia CREAS está a cargo de Carolina Santillán Torres Torija, Doctora en Psicología por la Facultad de Psicología de la UNAM, además de tratar lo relacionado a la salud mental de estudiantes.

Santillán, Chávez, García, Meza, Flores y Valle (en Valdez y Arenas, 2019), de igual forma señalan que para formar parte del grupo de terapeutas voluntarios del CREAS, los egresados como primer paso, deben recibir un entrenamiento conformado de 20 sesiones en las cuales se conocerá sobre los temas antes mencionados, para ello, se convocan mediante el Programa de Superación Académica (PROSAP).

Después de que el egresado finaliza su entrenamiento contesta una evaluación sobre los temas que se revisaron, cuando el candidato obtiene más del 80% de calificación en la evaluación entonces se cita para asistir a una entrevista con la supervisora académica.

Posterior a la entrevista, los egresados con los conocimientos y habilidades indispensables para la atención de casos, ingresaran a los cubículos como observadores con la finalidad de que conozcan el procedimiento a seguir. Seguido de esto, se le asignarán casos al voluntario para que inicie con las psicoterapias correspondientes. Adicional a lo anterior, el voluntario, de igual forma deberá hacer rotación en el área de psiquiatría, con el objetivo de ampliar la panorámica y por tanto la atención que puede brindar al usuario partiendo de los conocimientos obtenidos de ambas áreas, tanto de psicología como de psiquiatría.

En cuanto a la supervisión de los casos, los autores describen que esta se suele realizar una vez por semana con una duración de una hora. El objetivo de la supervisión es conocer el caso así como el programa de intervención que se está llevando a cabo, para finalmente recibir retroalimentación por parte de la supervisora académica.

En relación al programa de intervención, los voluntarios utilizan formatos estandarizados para realizar las notas de sesión y tareas por parte del usuario, además se recurre al correo electrónico, ya que en parte se apoya de formatos electrónicos para facilitar la recolección de datos.

De igual forma explican que el proceso de atención hacia el usuario inicia cuando requieren de PAP o cuando este pide una cita a través de CAOPE, misma que se atiende en

menos de 48 horas. Una vez contactado al usuario, se pide su consentimiento informado para poder ofrecerle la atención necesaria, además de que se aplican cuestionarios como el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ-9), el Cuestionario de Creencias de Personalidad (Personality Belief Questionnaire, PBQ) y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. Además se ofrecen cinco sesiones y posteriormente tres más pero distanciadas, dependiendo de los avances de la persona. Cabe mencionar que cada sesión dura alrededor de 50 minutos y se imparten en espacios proporcionados por CAOPE, específicamente para los objetivos del CREAS.

Además de lo anterior, es imprescindible aclarar que todos los voluntarios de la estrategia siguen una estructura específica respecto a lo que se debe abordar en cada una de las sesiones. Esta estructura se visualiza en el algoritmo de atención del CREAS, del cual se hablara más adelante.

El CREAS también se ha encargado de capacitar a profesores y alumnos con la finalidad de que estén atentos y logren detectar a tiempo alguna conducta relacionada con el suicidio, brindándoles información y herramientas que les permitan desarrollar habilidades y actitudes para el reconocimiento de conductas de riesgo, específicamente las relacionadas a la conducta suicida. De la misma manera, la estrategia cuenta con una campaña en Facebook, a través del cual se transmite información tanto a personas no profesionales como a profesionales de la salud mental, esto con el objetivo de hacer conciencia al público general sobre la problemática existente en relación a la salud mental y al suicidio en particular. Cabe mencionar que es a través de este medio que se ha podido brindar información pertinente para el reconocimiento de problemas emocionales que comúnmente aquejan a la sociedad.

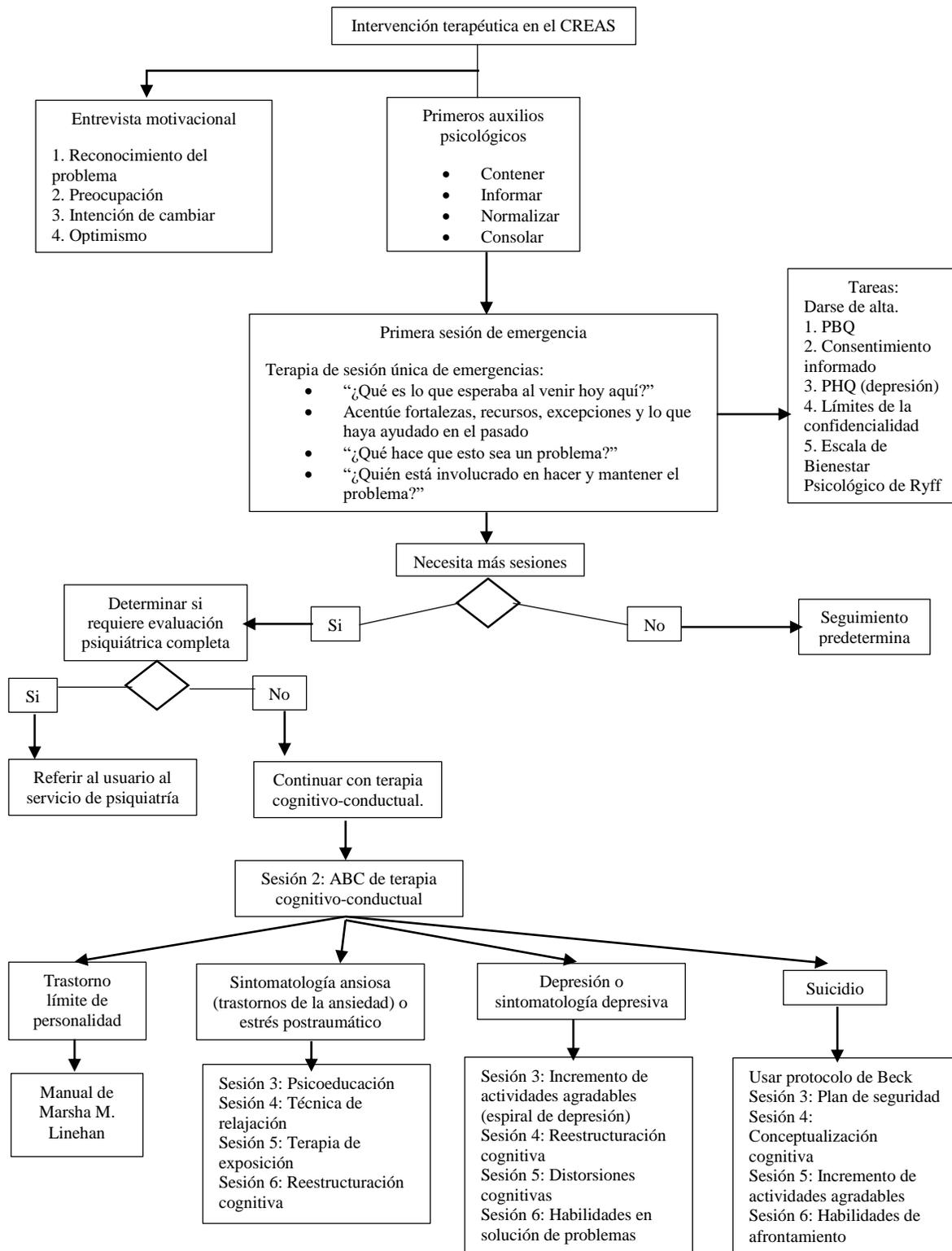
Finalmente, de acuerdo a Meza (2016) es necesario comunicar que parte del entrenamiento de terapeutas voluntarios consiste en la explicación y transmisión de conocimientos de temas que son relevantes cuando se trata de casos de emergencias psicológicas y crisis emocionales.

Así pues, las temáticas que el voluntario revisa durante el entrenamiento son la entrevista motivacional, sesiones de terapia, modelos desde los que se ha estudiado el suicidio, primeros auxilios psicológicos, psicoterapia cognitivo-conductual, técnicas de solución de problemas, depresión, trastornos de ansiedad, técnicas de relajación, ABC en

terapia cognitivo conductual, reestructuración cognitiva, trastornos de la personalidad, trastornos mentales graves, protocolo de intervención en personas con ideación e intento de suicidio y por último trastorno de estrés postraumático.

Es por lo anterior que se realizó el “*Manual de entrenamiento para psicólogos del programa: crisis, emergencia y atención al suicidio*” en el que además de aportar datos relevantes sobre este problema y los temas enunciados anteriormente, se presenta el algoritmo de atención que se sigue en el CREAS, mismo que se muestra a continuación (ver Figura 10).

Figura 10. Algoritmo de atención en el CREAS (Meza, 2016, p. 3).



En resumen, el manual muestra la manera en la que el voluntario se dirige para brindar la mejor atención posible hacia el usuario que la solicita, para ello se vale del algoritmo de atención, en el cual se explica de forma general lo que el voluntario debe revisar en cada sesión para cada uno de los trastornos descritos.

Así pues, durante la primera sesión el psicoterapeuta aplica los primeros auxilios psicológicos, mismos que consisten en contener, es decir en atender los síntomas que la persona en crisis está experimentando. Informar, el voluntario debe ofrecer una explicación o descripción breve sobre lo que le está ocurriendo a la persona. Consolar, el voluntario escucha atentamente a la persona y finalmente normalizar, es decir evitar tipificar o juzgar lo que la persona está viviendo.

Asimismo, se aplica la entrevista motivacional y de tarea se deja que el usuario conteste algunas pruebas que ayudarán al voluntario a formular un diagnóstico para su atención posterior. Seguido de esto, se decide si el usuario necesita más sesiones de atención. Si la respuesta es positiva, entonces se debe tomar en cuenta si requiere evaluación psiquiátrica, de ser así se refiere a dicho servicio, pero si no la requiere, entonces la persona recibe sesiones de psicoterapia cognitivo-conductual, de ABC y las siguientes sesiones se abordan técnicas particulares dependiendo del caso identificado.

Por otro lado si el usuario no requiere más sesiones de atención después de aplicar los PAP, entonces se hace un seguimiento.

De igual forma, en el manual se explican los distintos temas que son fundamentales como parte del entrenamiento para poder formar parte del equipo del CREAS. Cabe mencionar que además de este manual, la estrategia ofrece un curso vía youtube el cual lleva por nombre "*Entrenamiento para la atención de emergencias psicológicas*". Este se compone de 19 sesiones en las que se revisan los temas descritos anteriormente. Además, una vez que la persona se inscribe al curso recibe material de apoyo para complementar cada una de las sesiones con la finalidad de que el aprendizaje sea completo y óptimo.

En conclusión, el suicidio es un tema que como ya se ha venido mencionado a lo largo de los capítulos, requiere de atención multidisciplinaria, lo que además ha necesitado de la

creación de algoritmos de atención para este fenómeno tanto en unidades hospitalarias como en el sector escolar.

En cuanto a la estrategia CREAS, es importante reconocer que la labor que se hace día con día tanto en la FESI como con los entrenamientos y conferencias que se brindan a profesionales e instituciones externas, además de una gran variedad de conocimientos respecto al tema, han aportado una cadena de prevención constante, ya que es a través de los cursos, pláticas, conferencias, material de lectura, campañas en redes sociales y más, que personas no profesionales y profesionales de distintas áreas han tenido la oportunidad de acercarse al tema, conocerlo, identificarlo y por tanto prevenirlo, con la finalidad de contribuir a la reducción de las estadísticas de muerte por suicidio.

Para finalizar, es imprescindible agregar que existen factores protectores que al igual que el CREAS, ayudan a evitar que el comportamiento suicida ocurra. Así mismo, el que el individuo goce de bienestar psicológico ayuda que este adquiera conductas a favor de la salud mental, por ello en el próximo capítulo se abordará el tema detenidamente, debido a que puede ser un factor de gran peso para la prevención de la conducta suicida y por tanto en el cuidado de la salud mental de las personas.

3. BIENESTAR PSICOLÓGICO

El bienestar psicológico es un concepto que hasta hace poco se relacionaba con la posesión de bienes materiales, una economía estable o la salud física. Sin embargo, de un tiempo para acá se ha venido estudiando más a profundidad debido a que varios estudiosos se percataron que el bienestar psicológico no necesariamente tiene que ver con lo anterior. Pues es un término que abarca distintos factores, enfocados principalmente a la salud emocional y a la autovaloración de la persona, a las emociones positivas que la rodean y a la satisfacción vital que ésta perciba.

Por lo anterior, en el presente capítulo se habla de las distintas definiciones que existen en relación al bienestar psicológico. De igual forma se aborda la psicología positiva, ya que el bienestar psicológico es uno de los principales modelos que introdujeron al tema.

Así pues, el modelo de bienestar psicológico fue creado por Carol Ryff (1989; como se citó en Mayordomo, Sales, Satorres y Meléndez, 2016), el cual se compone de seis dimensiones: auto-aceptación, relaciones positivas, propósito en la vida, crecimiento personal, dominio del entorno y autonomía. Estos se explican de forma más específica a lo largo del capítulo. Además se describe de forma breve la escala que se utiliza para medirlo.

De la misma manera se abordan algunas investigaciones relacionadas a la conducta suicida y el bienestar psicológico en estudiantes universitarios. Además se indaga sobre la posibilidad de que este sea un factor para prevenir la aparición del pensamiento e ideación suicida, así como de conductas relacionadas a ésta, como lo son la planificación, el intento o la realización del acto.

Por último, no hay que olvidar que la finalidad de hablar sobre bienestar psicológico es describir como se presenta en estudiantes universitarios con y sin conducta suicida. Además de describir la forma en la que se presenta de acuerdo al sexo, la orientación sexual, la carrera que estudian y si ésta es la que querían estudiar.

Hay que tomar en cuenta que algunos de los estudios que se revisarán señalan que el que una persona goce de bienestar psicológico puede impactar de forma positiva en los distintos contextos de su vida y en los de las personas que le rodean. Según estos el bienestar psicológico trae consigo beneficios tanto personales como sociales.

3.1 Definición de Bienestar Psicológico

El bienestar psicológico, de acuerdo a Vielma y Alonso (2010) se integra de dos componentes, uno hedónico y otro eudamónico. En el primero de ellos, según los autores, se ubica la satisfacción vital y el afecto positivo, mientras que en el segundo componente se encuentra la búsqueda de desarrollo personal, el desarrollo del potencial humano y el sentido de la vida. Tomando en cuenta los componentes anteriores, los autores señalan que la idea principal que se tiene respecto al bienestar psicológico está enfocado al funcionamiento positivo, idea de la que muchos estudiosos han partido para explicar o formular distintas definiciones en relación al tema.

Asimismo, los autores mencionan que el interés por el estudio del bienestar psicológico surge a partir de las ideas planteadas por algunos de los filósofos más importantes de la antigüedad, como lo son Platón, Aristóteles, Séneca, entre otros. Así como de algunas doctrinas que se dedicaron al estudio de la felicidad, como el cristianismo, budismo, hinduismo, etc. Generando curiosidad hacia el tema, lo que a su vez causó que los distintos investigadores sintieran atracción por el estudio científico del bienestar psicológico, el cual surge a finales del siglo XX.

De igual forma describen que algunos estudiosos comenzaron a proponer diversos argumentos que sirvieran como definición para el concepto de bienestar psicológico. De acuerdo a lo que encontraron en su investigación teórica, hubo algunas diferencias entre ellos. Pues unos mencionan que el concepto era lo mismo que referirse a la felicidad o la calidad de vida, mientras que otros dicen que basta con solo decir bienestar psicológico para percatarnos de que se trata de elementos completamente subjetivos.

Así pues, entre las principales definiciones que los autores encontraron en su investigación destacan las siguientes (ver Tabla 1):

Tabla 1.
Concepciones sobre Bienestar Psicológico y sus respectivos autores (Vielma y Alonso, 2010).

| Concepciones | Autor(es) |
|--|--|
| Estar y sentirse bien es un estado subjetivo que se relaciona con la felicidad, la cual se concibe de dos maneras: 1. Como un estado temporal variable en la misma persona y 2. Como un estado que varía de un individuo a otro. | Csikszentmihalyi (2005). |
| Es la condición de cuidar de la propia salud mental. Es hacerse responsable de experimentar situaciones positivas o situaciones que nos causen felicidad. Capacidad de autocuidado. | Fierro (2000). |
| Tiene que ver con el asimilar y aceptar las experiencias tanto cognitivas como emocionales de forma satisfactoria, dejando de lado aquellas que le generan lo contrario. | González-Méndez (2005) |
| Es la percepción que se tiene respecto a los logros que la persona ha alcanzado a lo largo de su vida y la satisfacción que ha obtenido durante éstos. | Salotti (2006). Salanova et al. (2005). |
| Se relaciona con la experimentación constante de experiencias positivas y en menor medida estados de ánimo negativos. | Diener (1984). |

Ahora bien, de acuerdo a la OMS (2013), la salud mental se define como un estado de bienestar en el que la persona es capaz de afrontar las tensiones de la vida cotidiana haciendo uso de sus capacidades.

Aunado a lo anterior, Muñoz, Restrepo y Cardona (2016) realizaron un estudio en el cual investigaron como se ha construido el concepto de salud mental positiva. En él encontraron que ésta se relaciona directamente con el bienestar que la persona percibe, enfocada a diversas áreas o dimensiones que comprenden su vida.

Así pues, de acuerdo a los estudios que consultaron, mencionan que diversos autores definen la salud mental positiva como el estado en el que el individuo no presenta dificultades emocionales y comportamentales, y en el que existe ausencia de enfermedad o algún trastorno mental.

Durante la revisión de otros estudios, descubrieron que la salud mental positiva se concibe como un conjunto de recursos o habilidades que posee una persona para hacer frente a las dificultades de la vida cotidiana de manera adecuada. Otros más, lo asocian al bienestar psicológico o la usan como sinónimo de éste, tomando en cuenta el modelo de bienestar psicológico de Carol Ryff.

De igual forma, concluyen que de la revisión realizada a 51 estudios, el 43% argumentó que la salud mental positiva se define como la ausencia de enfermedad. Sin embargo los autores rescatan la idea de que la salud mental va más allá de la omisión de enfermedad, pues existen diferentes áreas o dimensiones que están involucradas para que una persona goce de lo que debe ser una salud mental positiva.

Por otra parte, Correa, Cuevas y Villaseñor (2016) explican que el bienestar psicológico se conforma principalmente de dos componentes, uno cognitivo y otro afectivo, mismos que son imprescindibles para que una persona perciba bienestar y satisfacción en su vida. Con respecto a esto, los autores dicen que el componente cognitivo se integra por todos aquellos logros que la persona tiene, se relaciona con la conducta que realiza para cumplir sus objetivos y metas que se plantea. Por otro lado, el componente afectivo está dirigido al estado de ánimo y las emociones que desarrolla o se presentan para llevar a cabo sus metas personales. De esta manera la persona no solo puede conseguir sus objetivos, sino que desarrolla la capacidad para trazarse otros, a partir de los cuales se origina el llamado bienestar psicológico y la satisfacción personal respecto a las distintas áreas de su vida.

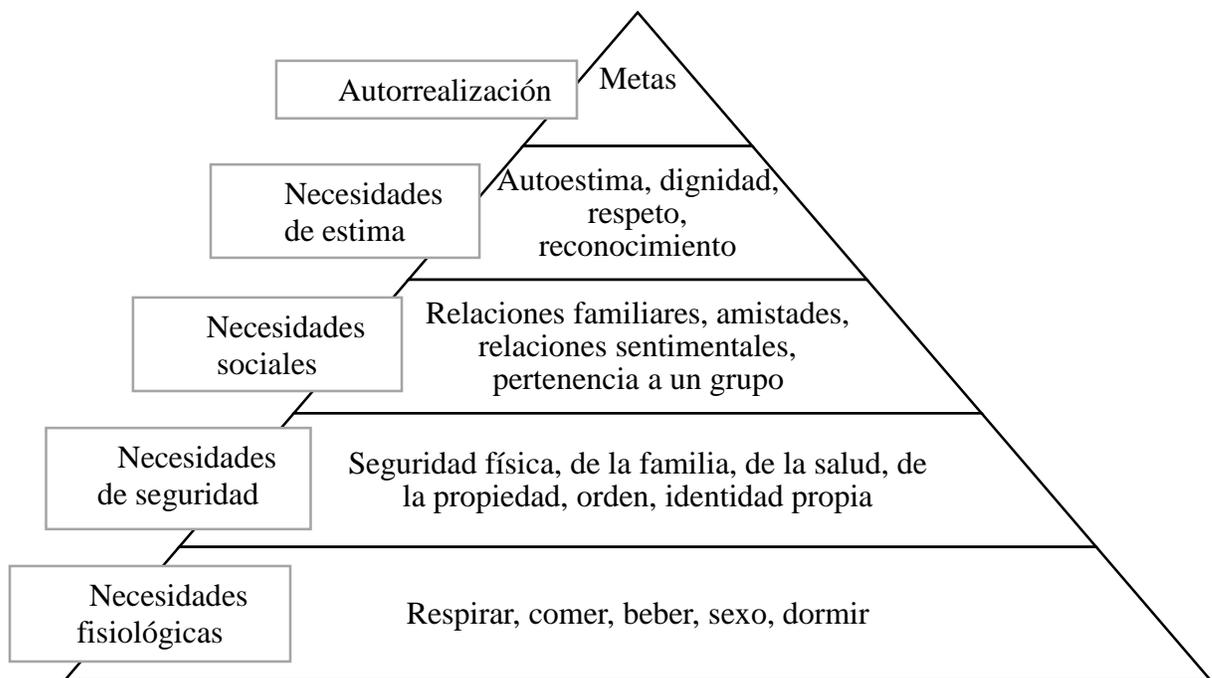
Además de lo anterior, Ryff y Singer (2008; como se citó en Sanjuan y Ávila, 2016) afirman que el bienestar psicológico se basa en las ideas planteadas por Rogers y Maslow. Mismas que vienen del enfoque humanista, el cual dice que el hombre es un ser que está en constante búsqueda de la felicidad y la autorrealización.

Rogers, por ejemplo, desarrolló de la Terapia Centrada en el Cliente. De acuerdo a Arias (2015), Rogers fundamenta sus ideas en que la terapia debe ser no directiva, es decir restarle importancia a la vida pasada de paciente y confiar en él. Guiarlo para que él mismo llegue a una buena salud mental y crecimiento personal, centrándose al mismo tiempo en “el aquí y ahora”.

A partir de lo anterior, nace el concepto central de la terapia de Rogers, lo que él llamo “estimación positiva condicional”, mediante la cual este psicólogo hace énfasis en la importancia de brindar al paciente comprensión y apoyo, en vez de criticarlo o juzgarlo. Él argumenta que el individuo se sumerge en la enfermedad cuando su crecimiento personal se detiene, ya que la autorrealización es el objetivo principal del hombre.

Por otro lado, Maslow, psicólogo estadounidense, creó una teoría en la cual explica la importancia del papel de la motivación en el crecimiento personal del ser humano. Maslow (2007) decía que para que una persona goce de salud mental es necesario que cubra lo que él llamo “necesidades básicas”. De acuerdo a este autor, una necesidad básica es todo aquello que una persona requiere para generar un sentimiento de plenitud y satisfacción, mismas que son cubiertas a través de la motivación, la cual funciona como un impulso destinado a satisfacer dichas necesidades. Cabe mencionar que este estudioso dedicó todas sus investigaciones al tema, pues incluso llegó a priorizarlas en lo que actualmente se conoce como la Pirámide de las necesidades básicas, la cual se muestra a continuación (ver Figura 1):

Figura 1. Pirámide de necesidades básicas de Maslow (información recuperada de Maslow, 2007).



En resumen, el bienestar psicológico es un concepto que se ha estado estudiando constantemente. De igual forma, es un concepto que como se puede leer, autores diversos concuerdan en que una persona goza de bienestar psicológico y por tanto de salud mental, cuando cumple sus metas u objetivos en las distintas áreas de su vida, alcanzando un estado de autorrealización y satisfacción vital.

3.2 Modelo de bienestar psicológico de Carol Ryff

El modelo de Bienestar Psicológico de Carol Ryff es uno de los más conocidos dentro de la Psicología Positiva. Valenzuela (2016), al igual que autores anteriores, afirma que el bienestar psicológico parte de dos grandes tradiciones: la hedónica, relacionada con la felicidad; y la eudamónica, la cual se relaciona con el potencial humano, y a partir del que surge el concepto de bienestar psicológico. Según este autor, para algunos investigadores la felicidad tiene que ver con el bienestar subjetivo, mientras que el desarrollo y expresión del potencial humano se asocia al bienestar psicológico, es decir que este último no sólo tiene que ver con la felicidad o sentirse bien, sino también con el funcionamiento de la persona.

Este funcionamiento efectivo, de acuerdo al autor, hace que las personas no caigan en la enfermedad o se recuperen de ésta, ya que no solo influye sobre la salud, sino también en distintas áreas de la vida de una persona. En relación a esto último, el autor explica que Ryff retoma algunos argumentos de varios pensadores que se dedicaron al estudio de la felicidad y el bienestar, mismos que sirvieron como base para formular su modelo (ver Tabla 2).

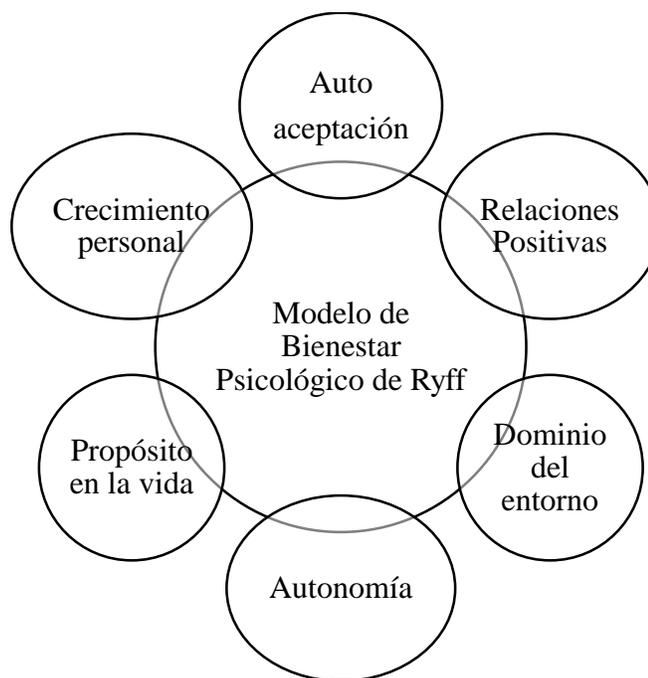
Tabla 2
Bases conceptuales del enfoque positivo del Bienestar Psicológico formulado por Carol Ryff (Valenzuela, 2016).

| Tradicición | Autores | Ideas |
|---------------------------------------|--|---|
| Ciclo vital | Erik Erikson, Karl Bühler, Bernice Neugarten | El bienestar es producto y a la vez factor de una progresión y un continuo crecimiento. |
| Psicoterapia Humanista y Personalidad | Carl Rogers, Abraham Maslow, Gordon Allport | El sentido de control y autonomía alcanzada, así como la importancia del proyecto vital hacia el crecimiento. |
| Enfoque Positivo de la Salud Mental | Marie Jahoda | Tendencia hacia el crecimiento y la actualización constante de uno mismo a través del control del entorno. |

Así pues, el bienestar psicológico de acuerdo a Ryff y Keyes (1995; como se citó en Mayordomo, Sales, Satorres y Meléndez, 2016) se define como el esfuerzo que el ser humano realiza para perfeccionarse y cumplir con su potencial. Mismo que se relaciona con tener un propósito en la vida, al que se pretende llegar asumiendo retos y realizar esfuerzos para superarlos y poder alcanzar las metas propuestas.

De igual forma, Ryff menciona que el bienestar psicológico no solo tiene que ver con un área específica de la vida del ser humano, pues menciona que el bienestar es multidimensional. Parte de la idea eudamónica, que dice que el desarrollo humano tiene que ver con el incremento de habilidades individuales para realizar el potencial de uno mismo. Por ello, desde esta perspectiva, Ryff (1989: como se citó en Mayordomo et. al., 2016) propone el modelo de Bienestar Psicológico, compuesto por seis dimensiones (ver Figura 2).

Figura 2. Modelo de Bienestar Psicológico de Carol Ryff (1989: como se citó en Mayordomo, Sales, Satorres y Meléndez, 2016)



Ahora bien, de acuerdo a la figura anterior, el modelo de Ryff se compone de seis dimensiones, las cuales son necesarias para que una persona goce de bienestar psicológico y se sienta pleno en los distintos aspectos de su vida.

Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle y Dierendonck (2006) señalan que Ryff define cada una de las dimensiones de la siguiente manera:

Auto-aceptación. Es una de las dimensiones más importantes del bienestar psicológico. Las personas buscan constantemente sentirse bien consigo mismas a pesar de los defectos que tengan, pues el tener actitudes positivas hacia ellos mismos es lo que hace que pueda mantener un equilibrio positivo entre él y las demás personas. Lo que lleva a la segunda dimensión.

Relaciones positivas con otras personas. El que una persona mantenga relaciones estables con otras, que perciba apoyo social y cercanía, es un punto a favor del bienestar psicológico. De acuerdo a lo que se menciona en la investigación de Díaz et al. (2006), hay autores que descubrieron que la soledad, la falta de apoyo social y el aislamiento pueden ser componentes que desencadenen alguna enfermedad ya sea física o mental.

Autonomía. Hace referencia a la individualidad con la que se caracteriza una persona, las convicciones, creencias, independencia y autoridad personal que cada individuo ejerce en sus distintos contextos. De acuerdo a los autores, para Ryff, las personas que son independientes y autónomas, suelen ser más resistentes en situaciones bajo presión social, logrando auto-regular mejor su comportamiento.

Dominio del entorno. Es otra de las dimensiones necesarias para el funcionamiento positivo. Se refiere a la habilidad que tiene una persona para crear o involucrarse en ambientes favorables que cubra sus necesidades. Las personas que dominan esta dimensión tienen la sensación de poder controlar el mundo e influir en cualquier contexto en el que se desarrolle o involucre.

Propósito en la vida. Los objetivos y metas en la vida de una persona son imprescindibles para un bienestar positivo, por ello esta dimensión forma parte del modelo de bienestar psicológico. Las personas que tienen objetivos marcados le dan sentido y camino a su vida. Ahora bien, tomando en cuenta lo descrito anteriormente, se llega a la sexta y última dimensión.

Crecimiento personal. Se caracteriza por el desarrollo de las dimensiones señaladas anteriormente. Pero además de éstas, es indispensable que la persona desarrolle al máximo sus capacidades y potencialidades para continuar creciendo como persona.

De igual forma, Díaz et al. (2006) afirman que para medir el bienestar psicológico y cada una de las dimensiones que lo componen, Ryff desarrolló un instrumento que se conoce como “Escala de Bienestar Psicológico” (Scales of Psychological Well-Being, SPWB), mismo que fue sometido a diversas adaptaciones. En la investigación realizada por estos autores, se compararon tres de las adaptaciones de dicho instrumento. Según ellos, la que muestra tener mejor consistencia interna es la que realizó Van Dierendonck en el 2004. Los autores mencionan que esta adaptación consta de 39 ítems agrupados en las seis dimensiones (de seis a ocho ítems por dimensión). Cabe mencionar que éste instrumento es el que se utilizó para el presente estudio.

En conclusión, el bienestar psicológico es lo que una persona va construyendo a través de sus experiencias positivas, mediante el desarrollo de sus capacidades para relacionarse de

manera efectiva con las demás personas y en los distintos contextos en los que se desenvuelve.

3.3 Psicología Positiva

La Psicología Positiva es un movimiento que surge a finales del siglo XX, la base de su nacimiento se puede explicar con la siguiente cita:

La Psicología no es solo el estudio de la debilidad y el daño, es también el estudio de la fortaleza y la virtud. El tratamiento no es solo arreglar lo que está roto, es también alimentar lo mejor de nosotros (Seligman, 2003, p. 1; como se citó en Lupano y Castro, 2010).

Los inicios de lo que hoy en día se conoce como Psicología Positiva, de acuerdo a Lupano y Castro (2010) se debieron al argumento que Seligman dio en una conferencia al ser nombrado como Presidente de la American Psychological Association (APA) en 1999, año en el que se considera el nacimiento de este movimiento.

Según los autores, antes de la Segunda Guerra Mundial, la Psicología tenía por objetivo concretar tres misiones: tratar la enfermedad mental, ayudar a las personas a tener una vida productiva y satisfecha e identificar y promover el talento. Sin embargo, tras la Segunda Guerra Mundial, la Psicología solo se enfocó en llevar a cabo la primera de éstas, ya que de acuerdo a ellos, se fundó la *Veterans Administration* y el *National Institute of Mental Health*, en 1946 y 1947, respectivamente, sucesos que cambiaron el rumbo de la Psicología.

Ahora bien, los autores señalan que a partir de estos sucesos, Seligman decidió ver por las dos misiones faltantes. Para él es importante que la Psicología no solo se enfoque en el lado negativo del ser humano, es decir en las enfermedades mentales, sino que encuentra un área de oportunidad al dirigirse al estudio de los aspectos positivos del ser humano y su bienestar.

Dicho esto, es importante conocer cómo se define la Psicología Positiva. En la investigación realizada por éstos autores se describen algunas definiciones, mismas que se muestran a continuación:

Tabla 3

Definiciones de Psicología Positiva (Linley, Joseph, Harrington y Wood, 2006; como se citó en Lupano y Castro, 2010).

| Definición | Autor |
|---|---|
| A nivel subjetivo, dentro de las experiencias subjetivas están: en el pasado, bienestar, alegría y satisfacción. En el futuro, esperanza y optimismo. En el presente, fluir y felicidad. A un nivel individual, hace referencia a los rasgos individuales positivos como la perseverancia, vocación, originalidad, talento, entre otros. A nivel grupal, refiere las virtudes cívicas y las instituciones como la responsabilidad, el altruismo, entre otros. | Seligman & Csikszentmihalyi (2000, p. 5). |
| Es el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas. Analiza al “hombre promedio” con un interés en buscar su funcionamiento, lo que es correcto y las mejoras. | Sheldon & Kasser (2001, p. 216). |
| Es el estudio de las condiciones y procesos que contribuyen a la prosperidad o al óptimo funcionamiento de las personas, grupos e instituciones. | Gable & Haidt (2005, p. 104). |
| Hace referencia a las perspectivas científicas acerca de que hace que la vida sea digna de ser vivida. Se centra en los aspectos de la condición humana que llevan a la felicidad, a la completud y a prosperar. | The Journal of Positive Psychology (2005). |
| Estudio científico de las posibilidades de un desarrollo humano óptimo; a nivel meta-psicológico se propone reorientar y reestructurar teóricamente el desequilibrio existente en las investigaciones y prácticas psicológicas, dando mayor importancia al estudio de los aspectos positivos de las experiencias vitales de los seres humanos, integrándolos con los que son causa de sufrimiento y dolor; en un nivel de análisis pragmático, se ocupa de los medios, procesos y mecanismos que hacen posible lograr una mayor calidad de vida y realización personal. | Linley, Joseph, Harrington y Wood (2006, p.8) |

Tarragona (en Gaxiola y Palomar, 2016) menciona que Martin Seligman y Mihaly Csikszentmihalyi son reconocidos por ser los “padres” de la psicología positiva, por haber iniciado el estudio científico de ésta formalmente. Cabe mencionar que anteriormente ya se habían realizado estudios por diversos investigadores, no sobre psicología positiva, pero sí sobre temas relacionados a ella. Por ejemplo, Csikszentmihalyi tenía más de 20 años

estudiando la felicidad, la creatividad y la experiencia de fluir. Seligman el optimismo, mientras que Diener, mejor conocido como el “padre” del estudio de la felicidad, ya tenía investigaciones enfocadas al bienestar subjetivo y la satisfacción vital de las personas.

Anterior a ellos, ya había otros investigadores interesados en el tema, como lo son Carl Rogers y el humanismo, dirigido al estudio del desarrollo del potencial humano y la autorrealización. Abraham Maslow y la creación de la pirámide de las necesidades básicas. De igual forma, Viktor Frankl y las diversas teorías terapéuticas relacionadas al sentido de la vida. Por otro lado, Aaron Antonovski, el cual estudió los factores correspondientes a la resiliencia y el bienestar. Marie Jahoda, misma que desarrolla la teoría de Salud Mental Ideal, en la que identifica las experiencias necesarias para el bienestar. Otro es George Vaillant, él se enfocó en el estudio de la salud mental y los procesos involucrados. Y finalmente Carol Ryff, autora del modelo de Bienestar Psicológico compuesto por seis dimensiones y creadora de las Escalas de Bienestar Psicológico, descrito en el punto anterior. Además de estudiar la calidad de vida y la resiliencia en las personas.

Por otro lado, Castro (2009; como se citó en Lupano y Castro, 2010) señala que a pesar de que la Psicología Positiva es relativamente nueva, existen distintos psicólogos que sin percatarse la han utilizado a lo largo del tiempo, como ejemplo están los que hablan de inteligencia emocional, optimismo, resiliencia, entre otros temas.

Así pues, la Psicología Positiva, de manera general se enfoca en el estudio del bienestar y la calidad de vida de las personas, en los procesos que se involucran, así como en los factores que pueden o no estar relacionados al buen desarrollo del potencial humano, en las emociones positivas y en el funcionamiento óptimo del ser humano.

3.4 Bienestar psicológico y conducta suicida en universitarios

Hay que recordar que a lo largo de los primeros capítulos, se dijo que la conducta suicida se ha convertido en un comportamiento de riesgo común entre los jóvenes y la población en general. Pues es un problema de salud pública, el cual se refleja en las estadísticas, que aunque han estado en constante cambio, si bien han disminuido, el problema continúa presentándose en cifras altas.

En complemento a lo anterior, cabe mencionar que hay investigadores que se han dado a la tarea de estudiar el bienestar psicológico y la conducta suicida, tanto de forma individual como relacionadas. En la presente se tomarán en cuenta algunas de las investigaciones realizadas sobre estudiantes universitarios, ya que es la población que aquí interesa.

Ahora bien, García (2014) señala que para la OMS, la salud mental se caracteriza por un estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus capacidades para afrontar las tensiones a las que está sometido normalmente. Logrando así trabajar de forma productiva y eficaz para contribuir a la comunidad. Cabe mencionar que dentro de esta definición de salud mental se incluye el bienestar psicológico, físico y social, pues son ámbitos imprescindibles para el desarrollo humano positivo.

De igual forma, el autor explica la importancia del bienestar psicológico y la calidad de vida en una persona. Pues de acuerdo al estudio realizado por éste, mediante el análisis de diversas investigaciones, encontró que el desarrollo del bienestar y la felicidad se relacionan de forma positiva con la salud psicológica, física y con la prevención de conductas de riesgo.

El autor afirma que el objetivo principal de las personas es gozar de una vida plena y sana, en la cual se experimente bienestar, satisfacción y felicidad. De lo contrario, el individuo puede desarrollar conductas que afecten su bienestar. Asimismo señala que existe evidencia desde la Psicología Positiva que demuestra que el bienestar además de fomentar el desarrollo óptimo de una persona, previene que se involucre en conductas de riesgo como la desesperanza, depresión, abuso de sustancias, violencia e incluso suicidio.

De igual forma menciona que el conocer sobre bienestar y su relación con la salud puede dar pie al desarrollo de programas de intervención o asesoramiento que motiven a las personas a desarrollar una vida saludable en todos los aspectos, es decir psicológico, físico y social.

Así pues retomando algunas de las investigaciones que se han enfocado a la comunidad universitaria en relación al bienestar psicológico y la conducta suicida se ha encontrado lo siguiente.

Santillán, Espinosa, Sandoval y Eguiluz (2017) realizaron un estudio con el objetivo de conocer la asociación existente entre el bienestar, el desempeño académico y las conductas suicidas. De acuerdo a lo que encontraron, el BP no está asociado a la presencia de alguna conducta suicida. De igual forma detectaron que las mujeres estudiantes tienen promedios más altos, al igual que la presencia de este tipo de conductas.

Asimismo, no encontraron diferencias significativas en relación al sexo. Pero si en variables como la orientación sexual, el estar cursando una carrera que no es de su elección o tener un familiar con alguna enfermedad grave. De igual forma cabe mencionar que de las seis carreras de la FESI, biología fue la que presentó más conductas asociadas al suicidio. Los autores hacen hincapié en la importancia de realizar programas de intervención dirigidos a esta población.

Por otro lado, Eguiluz y Mera (2015) hicieron una investigación en la cual midieron el riesgo suicida, el bienestar psicológico y la estructura familiar en estudiantes de la salud. Para ello evaluaron a 329 jóvenes de nuevo ingreso. De acuerdo a los resultados, la mayoría de los participantes percibe a su familia como caótica. De igual forma se encontró que 50 de los estudiantes obtuvieron un nivel de BP alto, según lo que mencionan los autores, esto contribuye a la disminución de riesgo suicida. Asimismo, encontraron que 71 alumnos tienen un puntaje bajo de BP, lo que los hace más vulnerables a sufrir depresión o estar en riesgo de involucrarse en alguna conducta suicida.

Sobre las dimensiones, se encontró que en la de autonomía y dominio del entorno se obtuvieron los puntajes más bajos. Los autores aseguran que es de suma importancia intervenir para incrementar el nivel de BP no solo en estas dos dimensiones, sino en el BP general. Pues según ellos de esta forma se puede prevenir la aparición del riesgo suicida.

Solís, Meda, Moreno y Palomera (2018), por otra parte, identificaron las variables protectoras y de riesgo para la depresión y la presencia de ideación suicida en estudiantes universitarios del área de la salud. De acuerdo a lo que encontraron, la depresión es el factor de riesgo principal para la aparición de la conducta suicida.

En cuanto al Bienestar psicológico, los investigadores mencionan que hay constructos como la auto-aceptación y dominio del entorno que funcionan como variables protectoras para

la aparición de esta conducta, pues son las dos escalas con mayor puntaje en ambos sexos. Por lo que recomiendan que se incluyan en programas de prevención y promoción de la salud tanto general como mental.

De igual forma encontraron que las variables que se asocian principalmente con la depresión son los síntomas psicosomáticos como la intranquilidad, problemas de concentración, miedos, cambios de ánimo, trastornos del sueño, etc.

Asimismo, al hacer una comparación entre los alumnos con y sin ideación suicida encontraron que el estrés académico se relaciona de forma positiva con ambos grupos. A pesar de relacionarse esta variable con la depresión, los autores mencionan que no es factor de riesgo para la presencia de ideación suicida, pues no se encontraron diferencias entre los estudiantes que la presentan y los que no.

Un dato que se torna preocupante es que las mujeres presentan mayor puntaje de riesgo suicida que los hombres, por lo que invitan a considerar las dos dimensiones anteriores como variables protectoras de la ideación suicida.

De igual forma, Coffin, Álvarez y Marín (2011) indagaron sobre la prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de las distintas carreras de la FESI y su relación con variables como el promedio, género y carrera. De acuerdo a los resultados reportados, estas tres variables no se relacionan con la presencia de depresión o ideación suicida. Lo que recomiendan los autores es ahondar más sobre otras posibles variables que puedan estar involucradas en la presencia de este tipo de conductas y el desequilibrio emocional, tales como el consumo de sustancias, hábitos de estudio, dificultades económicas, entre otras.

De igual forma detectaron que una cantidad considerable de alumnos presenta depresión moderada, lo que los hace susceptibles a desarrollar depresión severa, lo que a su vez representa un factor de riesgo para la aparición de alguna conducta suicida. Cabe recalcar que las mujeres presentan mayores niveles de depresión a comparación de los hombres.

En cuanto a los niveles de ideación suicida, se halló que la mayoría de los estudiantes la presentan entre moderada y alta, específicamente los alumnos de Biología y Medicina, siendo las dos carreras con los porcentajes más altos. Asimismo, se hace énfasis en la importancia de implementar programas de atención e intervención en la comunidad

universitaria, ya que como lo mencionan diversos estudiosos, la universidad es un contexto en el cual el alumno enfrenta cambios personales y de adaptación.

Otro relevante estudio es el que realizó Eguiluz, Ortiz e Illarramendi (2016), en el que identificaron el grado de riesgo de comportamiento suicida en estudiantes universitarios. De igual forma indagaron si la resiliencia, el bienestar psicológico y la estructura familiar se relacionan con la presencia de ésta. De acuerdo a lo reportado, de los 448 estudiantes, se presentaron 70 casos en riesgo de presentar alguna conducta suicida. Cabe mencionar que los casos en riesgo pertenecen a las carreras de Enfermería, Médico Cirujano, Odontología y Psicología.

Un dato importante que encontraron los investigadores es la relación entre el Bienestar Psicológico y el riesgo suicida. Según lo obtenido, mientras mejor nivel de BP tenga una persona, hay menos probabilidad de que presente alguna conducta suicida. Lo mismo se halló en relación a la resiliencia, pues se percataron que al igual que el BP, esta puede fungir como un factor protector de la conducta suicida.

En cuanto a las relaciones familiares, a pesar de que sus resultados no muestran tener relación. Tomando en cuenta la información obtenida se visualiza que entre mayor cohesión en la familia mayor probabilidad de sufrir depresión.

Al igual que autores anteriores, señalan la importancia de conocer la salud psicológica y física de los estudiantes, con la finalidad de desarrollar programas para intervenir de forma oportuna y así evitar que se involucren en conductas de riesgo. De igual forma recalcan la importancia de apoyarlos durante su formación, debido a que son profesionales de la salud. Lo que ayudara que cuando se involucren en el mundo laboral ejerzan éticamente la profesión.

De acuerdo a lo que menciona Sosa, Romero, Blum, Zarco y Medina-Mora (2018), es frecuente que los universitarios sufran de algún trastorno psicológico, mismos que en la mayoría de las ocasiones no son tratados. El objetivo de su estudio fue describir el programa “Espacio de Orientación y Atención Psicológica (Espora Psicológica)”, creado para la atención de los jóvenes universitarios. Según afirman, la sintomatología depresiva, ansiedad y malestar psicológico, son los principales motivos de consulta de los alumnos.

Es importante mencionar que el tratamiento que brindan a la comunidad universitaria es de orientación psicoanalítica. Mediante la evaluación correspondiente se detectó que la mayoría de los estudiantes sufre sintomatología depresiva grave. En cuanto a la ansiedad, se encontraron niveles altos, mismos que repercuten en el funcionamiento diario afectando a su vez el bienestar psicológico. De igual forma encontraron que una tercera parte de los universitarios, previo a pedir la ayuda, ya habían recibido atención psicológica y psiquiátrica.

Asimismo, identificaron que los estudiantes de primer a tercer semestre y los de último semestre, son los que comúnmente buscan consulta, los autores mencionan que es por el proceso de adaptación y cambios experimentados. Es decir todo aquello que conlleva el cambio de preparatoria a la universidad y de la universidad al mundo laboral.

También señalan que el tener una materia reprobada y vivir lejos de sus familias, son factores que se hicieron notar, pues son variables que se detectó están afectando su bienestar psicológico.

Los estudiosos resaltan la importancia de incluir este tipo de programas destinados a la prevención y atención psicológica de la comunidad universitaria. Pues el programa les ayudó a disminuir el malestar psicológico, reduciendo posibles factores de riesgo. También invitan a continuar investigando al respecto, ya que existe más por indagar respecto a esta población.

Continuando con lo del rendimiento académico, Barrera, Sotelo, Barrera Hernández y Aceves (2019) encontraron que existe relación entre el bienestar psicológico y el rendimiento académico en universitarios mexicanos. Según los resultados encontrados, los estudiantes muestran mayor bienestar psicológico cuando identifican su propósito en la vida y perciben tener dominio del entorno.

De igual forma encontraron que el bienestar psicológico se relaciona de forma significativa con el rendimiento académico. Esto se comprobó debido a que las materias aprobadas se relacionan positivamente con las dimensiones de bienestar psicológico “propósito en la vida”, “crecimiento personal”, “dominio del entorno”, “relaciones positivas” y “auto-aceptación”.

Según los autores, es importante tomar en cuenta no solo el rendimiento de los estudiantes, sino también el nivel de BP que presentan, pues a partir de este se pueden crear estrategias de afrontamiento que pueden ayudar a su crecimiento personal.

Hidalgo, Chávez, Yanez y Muñoz (2019), por otro lado, mencionan que tanto el bienestar psicológico como la calidad de vida se relacionan con los comportamientos suicidas en estudiantes universitarios mexicanos. Según ellos, la desesperanza es el factor más relacionado con la percepción de menor calidad de vida.

Los autores afirman que la desesperanza es uno de los componentes predictores que se ha comprobado tener más relación con el suicidio. Experimentar emociones negativas constantes incrementa la probabilidad de desarrollar desesperanza, pues repercuten en el estado de ánimo de los universitarios. Al percibir mayor desesperanza, la persona está más cerca de la conducta suicida que de la motivación para desarrollar su potencial.

Así pues, ellos consideran la importancia desarrollar programas de prevención para la conducta suicida, no solo enfocado a cuando ya existe una planeación o un intento, sino cuando se empieza a detectar desesperanza en los jóvenes. La finalidad es prevenir conductas de riesgo relacionadas al suicidio, así como incrementar la calidad de vida de los estudiantes. Pues se encontró que la ausencia de ésta se asocia a los comportamientos suicidas.

Así como en México se desarrollan este tipo de conductas, en otros lugares también sucede, pues al igual que en México, se han realizado estudios con el objetivo de indagar más sobre este fenómeno.

En Chile, por ejemplo, Sandoval, Dorner y Véliz (2017) realizaron un estudio en el cual evaluaron el bienestar psicológico de estudiantes de carreras de la salud. La finalidad del estudio fue identificar el nivel de bienestar psicológico de estos, ya que de acuerdo a lo que mencionan los autores, es importante que personas que se dediquen al cuidado de otros se sientan bien en las distintas áreas de su vida.

Tomando en cuenta los resultados de la investigación. Los autores encontraron que casi la mitad de los estudiantes obtuvieron un puntaje aceptable en las seis dimensiones, sin embargo, resaltan la idea de que posiblemente se debe a un proceso de adaptación.

Ahora bien, en relación al género, los investigadores encontraron que en la dimensión de “dominio del entorno” las mujeres se encuentran más arriba que los hombres. Por el contrario en la dimensión de “autonomía” los hombres muestran un puntaje mayor a diferencia de las mujeres.

La dimensión en la cual los estudiantes mostraron puntajes bajos fue en la de “relaciones positivas”, misma en la que los autores, dicen es algo que se debe trabajar, pues son personas que se están preparando para la atención y el continuo contacto con otros. Si bien el que hayan salido bajos en la dimensión de relaciones positivas puede representar un factor para la presencia de conductas de riesgo, vale la pena enfocarse en las dimensiones en las cuales salieron altos para prevenir y promover habilidades que ayuden a desarrollar un bienestar psicológico, para ellos y para las personas con las que se mantendrá contacto.

De igual forma, Barros, Arias y Castañeda (2020) mencionan que el ingresar a la universidad, especialmente en la carrera de medicina genera diversos cambios en la vida de una persona, pues se enfrenta a constantes retos y exigencias de la licenciatura. De acuerdo a éstos, en Perú el 22% de los estudiantes de medicina ha presentado ideación suicida, mientras que el 11% ha tenido un intento.

Según ellos, un universitario está rodeado de factores negativos que pueden contribuir a la presencia de alguna conducta suicida. Entre ellos destacan, además de las exigencias de la carrera, las dificultades económicas, alejamiento de la familia, preocupación sobre el futuro, necesidad de adaptación y ambientes competitivos. A ello hay que sumar las actividades propias de la licenciatura, como estar en constante contacto con personas enfermas, pacientes terminales, entre otros, mismas que pueden desencadenar problemas de salud mental. Razón por la cual los investigadores hacen hincapié en la importancia de brindar a los estudiantes de medicina apoyo para mejorar su bienestar emocional y mental, con la finalidad de prevenir, detectar y atender de forma temprana cualquier dificultad desde ingreso. Ya que se trata de alumnos que dirigen su servicio a otras personas por ser del área de la salud.

Astres, Soares, Da Conceicao, Silva, Soares-Monteiro, Castelo y Sousa (2019), por su parte, aplicaron un proyecto relacionado con la experiencia de debatir sobre el tema de suicidio con estudiantes de enfermería de Brasil. De acuerdo a los resultados, se detectaron

dos situaciones. La primera de ellas es que existen muchos prejuicios en torno al tema entre los estudiantes de enfermería. De igual forma se encontró que carecen de los conocimientos necesarios para brindar atención a pacientes que llegan a los hospitales por esta problemática. En segundo lugar se obtuvo que los estudiantes de enfermería son vulnerables a vivir algún acontecimiento de estos por los cambios que experimentan al ingresar a la universidad.

Como resultado final del proyecto los autores mencionan que los universitarios cambiaron su forma de ver el tema del suicidio, ya que aseguran se volvieron más sensibles ante éste, algo que ayuda no solo a sus pacientes, sino también a ellos mismos. Pues encontraron que el hablar ayudo a los estudiantes a reducir su estrés. Por lo que concluyen la importancia de tener programas de apoyo psicológico para los estudiantes y recalcan la importancia de generar un espacio para abordar este tipo de temas. De igual forma hacen hincapié en el efecto que esto puede tener hacia los pacientes a los que brindan servicio.

Ahora bien, Domínguez, Hermosillo y Vacio (2016) investigaron sobre los factores protectores y de riesgo para la presencia de la conducta suicida en estudiantes de Psicología de Aguascalientes, México. Según lo que encontraron, las variables que se asocian directamente con las conductas de riesgo como la autolesión son los eventos estresantes, la falta de autocontrol, carencia de recursos afectivos y el incorrecto manejo de la tristeza.

Por otro lado, encontraron que la ideación suicida nace principalmente de factores como la ansiedad, la desesperanza, dificultades en las relaciones intrafamiliares, falta de red de apoyo, evitar pedir ayuda, entre otros. Aunado a esto se encuentra el hecho de que son alumnos que están en constante contacto con personas que tienen dificultades o problemas emocionales, lo que los hace más vulnerables a experimentar un desequilibrio emocional. Los autores concuerdan en que el ser universitario es un factor riesgo para el comportamiento suicida debido a las exigencias académicas de la carrera.

Del Valle, Hormaechea y Urquijo (2015), por otro lado, realizaron un estudio en Argentina con el propósito de analizar las diferencias en el bienestar psicológico de acuerdo al sexo. Además de evaluar la diferencia entre estudiantes universitarios y la población en general. Sus resultados muestran diferencias significativas en las dimensiones de propósito en la vida, relaciones positivas y crecimiento personal, pues las mujeres muestran puntajes más altos a comparación de los hombres. Por el contrario, estos últimos obtuvieron puntajes

más altos en la dimensión de autonomía y auto-aceptación a comparación de las mujeres. A pesar de que existen diferencias significativas, estas no son muy grandes.

En cuanto a la población general, reportaron que los universitarios perciben mayor bienestar psicológico, lo cual lo asocian al desarrollo personal por estar estudiando una carrera.

González, Medina y Ortiz (2016), a su vez señalan que entre los principales factores de riesgo existentes en estudiantes universitarios son el sexo, la edad, lugar en el que viven y las autolesiones. En cuanto al sexo los autores encontraron que las mujeres se encuentran en mayor riesgo de cometer alguna conducta suicida. Pues por cada hombre, tres mujeres se involucran en alguna de estas. Con lo que respecta a la edad, descubrieron que entre más grandes son los alumnos hay menor posibilidad de que se lleve a cabo alguna conducta suicida, los autores mencionan que puede ser que encuentran mejores estrategias de afrontamiento. Mismas que se ha comprobado funcionan como factor protector ante la presencia de conductas de este tipo. En relación al lugar en el que viven, se encontró que los estudiantes que habitan en los lugares con mayores tasas de suicidio tienen más riesgo de cometerlo.

De igual forma se identificó que las visitas al médico familiar o al psicólogo o psiquiatra hacen diferencia. Con base en los resultados reportados los estudiantes que cometieron alguna de estas conductas asistieron como primera instancia al médico por afecciones físicas. Cabe mencionar que, según los autores, cuando una persona tiene síntomas inexplicables es porque padece depresión o ansiedad, enfermedades que se ha comprobado tienen relación con la conducta suicida.

En cuanto a las consultas con el psicólogo o el psiquiatra, se encontró que los que asistieron con alguno de estos profesionales fue por malestares emocionales. Por tanto se debe evaluar esta variable debido a que pueden ser dificultades que el estudiante califica como insostenibles haciendo que recurra a la conducta suicida como única solución.

Otro de los factores de riesgo identificado por los investigadores son las autolesiones. Ellos concuerdan con otros autores. Al igual que en otros estudios, se percataron que la autolesión es uno de los factores de riesgo más importantes. Ellos dicen que los que se autolesionan es porque buscan en esta acción una posible y desesperada solución a lo que

están sintiendo, haciendo que la aparición de pensamientos suicidas sea más probable. Al igual que las conductas suicidas, las mujeres tienen más riesgo de autolesionarse que los hombres.

Además de los anteriores, el pertenecer a la comunidad LGBTTI se ha convertido en un factor de riesgo para la presencia de este tipo de conducta.

Tomicic, Gálvez, Quiroz, Martínez, Fontbona, Rodríguez, Aguayo, Rosenbaum, Leyton y Lagazzi (2016) revisaron una serie de artículos relacionados con el comportamiento suicida en la población que pertenece a esta comunidad. Según lo que encontraron, el 2% de estas investigaciones se realizaron en México. De igual forma identificaron que el fenómeno del suicidio ha ido en constante aumento en esta población en la última década. A pesar de que los estudios están enfocados a la población LGBT, en la mayoría de estos se obtuvo como resultado que el comportamiento suicida suele presentarse más en personas heterosexuales en comparación a los miembros de esta comunidad.

Según los autores, entre los principales factores que hacen a la población LGBT vulnerable a la conducta suicida son el concepto social, el estigma, la discriminación, los distintos tipos de violencia ejercida hacia ellos, la falta de apoyo, la falta de aceptación familiar, el rechazo de los servicios de atención a la salud, entre otros.

Por su parte, Santos, Marcon, Espinosa, Baptista y Paulo (2017) encontraron que de los 63 estudiantes universitarios brasileños que componen la muestra, el 9.9% presentó idea suicida en el último mes. De acuerdo a los autores, las variables que mostraron tener mayor relación con la presencia de la conducta suicida son la orientación sexual, homosexuales y bisexuales principalmente. En comparación con los considerados heterosexuales, los participantes de la comunidad LGBT suelen tener mayor presencia de conductas suicidas. Además de esta, otras variables identificadas de riesgo son el tener familiares con intentos de suicidio y familiares con depresión.

De forma general, según el estudio de Santos et al. (2017), las variables con las que también se encontró relación con la conducta suicida están la clase económica, la práctica religiosa, intentos de suicidio en amigos cercanos y consumo de alcohol. Los investigadores subrayan la importancia de tomar en cuenta estos factores para transmitir a los universitarios

formas de autocuidado, prevención y técnicas de afrontamiento ante situaciones que les generen malestar. De igual forma, mencionan que el personal interno dedicado a la atención de los estudiantes debe tomar en cuenta dichos factores, pues pueden ayudar a disminuir los eventos relacionados con este fenómeno.

Además de los anteriores, Siabato y Salamanca (2015) identificaron algunos otros factores. Ellos señalan que el 31% de los universitarios colombianos presenta conducta suicida. Según los autores, el 30.2% de los estudiantes menciona que la conducta suicida está justificada cuando se experimenta fracaso, desesperanza, frustración, tristeza y percepción de baja eficacia. Por otro lado, el 25.6% afirman que la conducta suicida se presenta por la falta de autocontrol, ausencia de autoconfianza, disminución de eventos agradables o alegres y expectativas positivas y falta de satisfacción vital.

De igual forma concuerdan con autores anteriores, pues afirman que los universitarios están en constante riesgo de involucrarse en alguna de estas conductas porque están bajo situaciones de estrés y distintos factores de riesgo. Entre éstos se detectó el estado civil. En cuanto al sexo no se encontraron diferencias significativas a pesar de presentarse más en mujeres. Al igual que esta variable, tampoco se encontraron diferencias en las variables “área de formación” y “edad”.

Dentro de los principales eventos estresantes identificados, de acuerdo a los investigadores, se encuentra el que el estudiante tenga un cambio de grupo, el distanciamiento con la familia, las discusiones con familiares cercanos, tener familia con alguna enfermedad grave o enfermedad mental, sufrir maltrato dentro del núcleo familiar, consumo de sustancias psicoactivas o haber presenciado algún desastre natural. Además de la dependencia emocional, la depresión y la impulsividad.

Los universitarios representan gran parte de la población que está sometida al estrés. Pues de acuerdo a Montalvo (2019), existen factores que en combinación con el estrés ayudan a potenciar tanto la ideación suicida como la conducta. Según la autora, la impulsividad, las enfermedades mentales, la agresividad, la falta de sueño, la violencia, las relaciones interpersonales, problemas económicos, el rendimiento académico y la orientación sexual son variables que orillan a los estudiantes a percibir el suicidio como la única salida.

Algo que llama la atención del estudio es que en cuanto a la orientación sexual, la autora menciona que son los grupos minoritarios de personas con orientación sexual distinta lo que puede empujar al universitario a pensar en estas conductas. De igual forma dice que el rendimiento académico es uno de los principales factores que generan malestar psicológico debido a las exigencias académicas.

Aunado a lo anterior, también se debe tomar en cuenta que es una etapa en la que se experimentan cambios como enfrentarse a la adultez, tomar decisiones, hay presión académica y cambios debido a los distintos contextos en los que se desenvuelve el universitario. La autora hace énfasis en la importancia de reforzar los recursos psicológicos para la prevención del suicidio en esta población.

Garzón (2019), al igual que otros investigadores, realizó una revisión de estudios enfocados a los factores protectores y de riesgo que repercuten en la salud mental de estudiantes universitarios de varios países, entre ellos México. Según lo encontrado, la autora concuerda con algunos de los anteriores, al descubrir que el ingreso a la universidad es de los cambios que más retos conlleva, pues se hacen modificaciones psicológicas, físicas, familiares, económicas, entre otras.

De acuerdo a ella, la identificación de factores protectores ayuda a los estudiantes a generar hábitos de autocuidado, como la buena alimentación, descanso constante, actividad física, etc. De igual forma menciona que fortalecer las relaciones interpersonales y las técnicas de afrontamiento, incrementar la autoestima, fomentar el desarrollo de habilidades para la resolución de problemas, trabajar sobre las emociones y brindar orientación durante el cambio del nivel de educación básica a universidad, los ayuda de forma integral a su desarrollo. Además de disminuir la presencia de problemas emocionales o de salud mental.

La importancia de identificar los factores protectores, según ella, radica en desarrollar un programa de intervención el cual este enfocado a hacer frente a las distintas dificultades que un estudiante puede encontrarse dentro de la universidad. El generar un programa de este tipo requiere que tanto el estudiante como la institución se comprometan con el bienestar del mismo. Por una parte el alumno debe tener la iniciativa de querer implementar estas estrategias, y por otro lado la institución crear programas destinados a su prevención y protección. Para ello, la universidad debe estar informada respecto de las problemáticas

principales que presentan los estudiantes universitarios, como lo son la ansiedad, estrés, depresión, consumo de sustancias psicoactivas y conductas suicidas. Cabe mencionar que son los problemas más relevantes reportados por las investigaciones revisadas.

La finalidad es brindar al estudiante la atención que requiere, pues además de que son factores que afectan el rendimiento académico. Son personas que en un futuro estarán en contacto con otras o dentro de distintas instituciones ejerciendo y aplicando los conocimientos que el contexto universitario les transmitió. Por lo que es imprescindible reforzar conductas que protejan la salud mental de los estudiantes, como el afrontamiento, actividad física, técnicas de autocontrol, entre otras.

Algo relevante es lo que realizó Marino, Jiménez y Pérez (2018), ya que hicieron una descripción de estudiantes universitarios que han intentado suicidarse. Según los autores, las estudiantes mujeres tienden a presentar ideación suicida y conductas de autolesión en mayor número que los hombres. Recalcan que tanto las autolesiones como el intento de suicidio previo son los factores de riesgo más representativos para cometer suicidio. Ellos mencionan que las mujeres intentan suicidarse más que los hombres, esto lo relacionan a los métodos utilizados, pues concuerdan con varios estudios que dicen que los hombres utilizan métodos más letales.

También se percataron que la mayoría de los estudiantes carece de estrategias efectivas para el manejo de emociones, lo que hace que decidan acudir a las autolesiones o al consumo de sustancias psicoactivas. Aseguran que tanto las emociones como el estado de ánimo juegan un papel significativo al momento de hablar sobre factores de riesgo. Relacionado a esto, se encontró que enfermedades como la depresión y la ansiedad tienen un papel decisivo. Las condiciones propias de ser universitario facilitan el desarrollo de estas, ya que muchos señalan sentirse solos, tener dificultad para tomar decisiones y controlar pensamientos negativos, olvidar asuntos importantes, además de tener cansancio y fatiga. Así como tener exceso de actividades y responsabilidades.

De igual forma se reportó que más de la mitad de la muestra asegura haber vivido experiencias relacionadas con la violencia. En cuanto al área familiar y social, los universitarios afirman tener problemas constantes con familiares y sus padres relacionados principalmente a temas como la disconformidad en la elección de una pareja.

Los autores sugieren que la población universitaria es una de las más vulnerables al fenómeno del suicidio, pues están rodeados de factores de riesgo como la presión académica, la falta de economía, el uso constante de la tecnología y los cambios en el estilo de vida, como la alimentación y los ciclos de sueño.

Por otra parte, Moreta, Gabior y Barrera (2017) hicieron un estudio en el cual se buscó determinar el papel del bienestar psicológico en la satisfacción vital y el bienestar social en universitarios ecuatorianos. Los resultados arrojados mostraron que el bienestar psicológico juega un papel muy importante pues funge como predictor del bienestar social. De acuerdo a lo que concluyeron los autores, el bienestar psicológico predice un buen desarrollo educativo además de aportar beneficios a la salud mental, lo que ayuda a reducir conductas de riesgo y al mismo tiempo una contribución positiva a la sociedad por parte del individuo. Pues alrededor del 90% de los universitarios presenta un estado de salud mental adecuado.

Asimismo, Vélez, Maldonado y Rivera (2017) afirman que la población universitaria es de las que presentan más riesgo de sufrir un evento relacionado con la conducta suicida. El objetivo de su estudio fue indagar sobre esta, y de acuerdo a lo que encontraron uno de cada diez universitarios declararon haber intentado quitarse la vida, mientras que un porcentaje menor menciona haberlo pensado. Tomando en cuenta lo expresado por los autores, el índice de suicidios en universitarios es mayor a los que reportan los diversos estudios sobre el tema en Estados Unidos y América Latina.

También, invitan a la reflexión sobre si las instituciones universitarias están preparadas para intervenir o brindar el apoyo necesario a los estudiantes que intentan quitarse la vida o a los que han sobrevivido a un intento. Incluir el tema en foros en los que los alumnos sean el público principal e indagar más sobre el fenómeno con la finalidad de crear estrategias que ayuden a la prevención e intervención del mismo.

Para finalizar y recalando la importancia de los programas preventivos, como lo han mencionado distintos investigadores. Cabrera, Caldas, Rivera y Carrillo (2019) aplicaron un estudio piloto sobre un programa virtual, de nombre “Florece”, para incrementar el bienestar psicológico en jóvenes universitarios. El programa estuvo destinado a incrementar el bienestar en las seis dimensiones expuestas por Carol Ryff. Dicho programa se compone de actividades virtuales relacionadas con la auto-aceptación, en la cual se abordaron los estilos

de pensamiento. El crecimiento personal, enfocado a la identificación de fortalezas. Lograr el dominio del entorno y autonomía mediante el ajuste de creencias. Fortalecer las relaciones positivas a través de la gestión de emociones. Y tener propósito y sentido en la vida con el conocimiento de los propios valores.

El programa se aplicó como un curso con una duración de 16 semanas. Según los resultados obtenidos, el programa mostró la disminución de depresión, desesperanza, ansiedad, problemas en el comportamiento y reducción de enfermedades físicas. De igual forma se encontró que ayudó a los estudiantes universitarios a fortalecer sus cualidades, incrementando el aprendizaje y la creatividad. Además de las aptitudes sociales como la empatía, el autocontrol, la cooperación y la asertividad.

Los autores recomiendan aplicar este tipo de programas a la comunidad universitaria, con la finalidad de incrementar el bienestar psicológico y por tanto la salud mental de los mismos.

Finalmente, es indispensable recalcar la importancia de cada uno de estos estudios, ya que nos brindan una panorámica del suicidio y el bienestar psicológico, no solo como se ha abordado desde la cultura mexicana, sino también de otros países. También nos muestran la forma en la que se ha llevado a cabo el estudio del bienestar psicológico, cómo es que se presenta éste y la conducta suicida en universitarios y la relación existente entre ambas variables. De igual forma se recalca la importancia de implementar programas de prevención para la comunidad universitaria.

Otro dato importante es lo que aportan los distintos autores respecto a si el bienestar psicológico previene o no el desarrollo de la conducta suicida en estudiantes universitarios, pues existen distintas opiniones al respecto.

Algo en lo que la mayoría de los autores concuerda, es en la importancia de atender y brindar a los estudiantes prevención e intervención de la conducta suicida, pues según ellos es de las poblaciones más vulnerables a este fenómeno por los diversos factores con los que mantienen relación.

4. REPORTE DE INVESTIGACIÓN

4.1 Planteamiento del problema y justificación teórica

El suicidio es un fenómeno que ya se considera dentro de los llamados problemas de salud pública, pues se ha convertido en la segunda causa de muerte de la población joven debido a su constante aumento. Por lo mismo, la atención multidisciplinaria se ha hecho cada vez más importante, especialmente la atención psicológica, pues las enfermedades mentales y los problemas emocionales derivados de distintas situaciones, son factores que influyen en la aparición de la conducta suicida. Cabe mencionar que la presente se enfoca en la población universitaria.

Por otro lado, el Bienestar Psicológico (BP) es un término que ha adquirido relevancia en la actualidad, pues de acuerdo a Ryff, una persona que cuenta con una perspectiva positiva se desarrolla satisfactoriamente en las distintas áreas de su vida, de lo contrario puede involucrarse en conductas de riesgo, como la conducta suicida, pues como se ha mencionado anteriormente, la felicidad es de los principales componentes para que una persona perciba satisfacción vital, una buena calidad de vida y por tanto bienestar psicológico.

Es por lo anterior que esta investigación se enfoca en el bienestar psicológico de una muestra que se compone de universitarios que ha presentado conductas suicidas, así como de los que no han tenido alguna de estas. De igual forma se describe el bienestar psicológico de los participantes según el sexo, orientación sexual, licenciatura y si es la que querían estudiar.

Justificación práctica

Con la presente investigación se pretende dar un panorama del BP de una muestra de estudiantes universitarios con y sin la presencia de alguna conducta suicida. De igual forma se hace una descripción del BP en relación a algunos de los factores que, de acuerdo a la literatura revisada, pueden llegar a fungir como factores de riesgo para la aparición de alguna conducta suicida. Finalmente se espera que dicha descripción pueda revelar si existe asociación entre el BP y la presencia de este tipo de conductas.

Preguntas de Investigación

1. ¿Qué niveles de bienestar psicológico tienen los estudiantes universitarios que presentan conducta suicida?
2. ¿Qué niveles de bienestar psicológico tienen los estudiantes universitarios que no presentan conducta suicida?
3. ¿Qué niveles de bienestar psicológico presentan los estudiantes universitarios según el sexo, orientación sexual, licenciatura y opción de licenciatura?
4. ¿Existen diferencias en el bienestar psicológico según el sexo, orientación sexual, licenciatura y opción de licenciatura de los estudiantes universitarios?
5. ¿Existe asociación entre el bienestar psicológico y la conducta suicida?

Objetivo General

Evaluar el bienestar psicológico de estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES-I) que han presentado alguna conducta suicida.

Objetivos Específicos

Describir el bienestar psicológico de estudiantes de la FES-I que han presentado alguna conducta suicida.

Describir el bienestar psicológico de estudiantes de la FES-I que no han presentado alguna conducta suicida.

Describir el bienestar psicológico de estudiantes de la FES-I de acuerdo al sexo.

Describir el bienestar psicológico de estudiantes de la FES-I de acuerdo a la orientación sexual.

Describir el bienestar psicológico de estudiantes de la FES-I de acuerdo a la licenciatura que cursan.

Describir el bienestar psicológico de estudiantes de la FES-I de acuerdo a la opción de licenciatura.

Identificar si existen diferencias significativas en el bienestar psicológico según el sexo.

Identificar si existen diferencias significativas en el bienestar psicológico según la orientación sexual.

Identificar si existen diferencias significativas en el bienestar psicológico según la licenciatura.

Identificar si existen diferencias significativas en el bienestar psicológico según la opción de licenciatura.

Identificar si el bienestar psicológico está asociado a la conducta suicida.

Definición conceptual y operacional de las variables

1. **Sexo:** Variable atributiva dicotómica, con dos niveles: 1) Mujer y 2) Hombre.
2. **Orientación sexual:** Variable atributiva categórica. Se refiere a la preferencia sexual que tiene el participante y cuenta con tres categorías: 1) Heterosexual, 2) Bisexual y 3) Homosexual.
3. **Licenciatura:** Variable atributiva categórica. Se refiere a la carrera que están cursando los participantes dentro de la FESI. Cuenta con seis categorías: 1) Psicología, 2) Biología, 3) Médico Cirujano, 4) Optometría, 5) Enfermería y 6) Cirujano Dentista.
4. **Opción de licenciatura:** Variable atributiva dicotómica. Hace referencia a si la licenciatura que están cursando los participantes fue o no la que querían estudiar. Cuenta con dos niveles: 0) No y 1) Sí.
5. **Bienestar Psicológico (BP):** Variable atributiva categórica. Es un concepto multidimensional compuesto de seis dimensiones: auto-aceptación, relaciones positivas, dominio del entorno, autonomía, propósito en la vida y crecimiento personal. Se refiere a la satisfacción vital y al desarrollo y expresión del potencial que perciben los participantes y cuenta con cuatro niveles: 1) Elevado, 2) Alto, 3) Moderado y 4) Bajo.
6. **Conducta suicida:** Variable atributiva categórica. Se refiere al conjunto de conductas relacionadas y en ocasiones dirigidas al suicidio, como lo son el pensamiento, ideación, planeación, instrumentación e intento. Consideradas conductas de riesgo. Cuenta con tres niveles: 0) Sin datos, 1) No y 3) Sí.

4.2 Metodología

La presente investigación se caracteriza por ser cuantitativa no experimental con enfoque descriptivo, misma que se estructura de la siguiente manera:

Participantes

50 estudiantes (74% mujeres y 26% hombres) con edad de 18 a 29 años (Media 21.02 años D.E. 2.16) que acudieron a consulta al programa CREAS (Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio) perteneciente al Centro de Apoyo y Orientación Para Estudiantes (CAOPE) de la FES-I.

El 70% de los participantes reporto ser heterosexual, el 50% está cursando la Licenciatura en Psicología y el 78%, menciona que está estudiando la licenciatura de su elección. En cuanto a la conducta suicida, el 52% de los participantes que asistieron a consulta reportan haber presentado alguna conducta suicida (ver Tabla 1).

Selección de los participantes

Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico, ya que se tomaron en cuenta a los que accedieron contestar la escala y a los que estuvieron de acuerdo en participar en el presente, siempre resaltando la confidencialidad de sus datos.

El procedimiento que se utilizó para seleccionarlos fue el siguiente. Los participantes solicitan vía internet una cita para acudir a consulta al CREAS, servicio gratuito para la comunidad universitaria. En la primera sesión se aborda la entrevista motivacional y el voluntario del CREAS, deja de tarea al alumno que conteste algunas pruebas que le ayudan a obtener un diagnóstico para su tratamiento psicoterapéutico. Las pruebas son el PBQ (Cuestionario de Creencias de Personalidad), PHQ (Cuestionario sobre la Salud del Paciente) y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, además de solicitar su consentimiento informado y explicar los límites de confidencialidad que existen al ingresar por primera vez al programa CREAS.

Las pruebas se contestan a través de Google Formularios. En el caso de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, que fue la que se ocupó para el presente, se incluyó la siguiente leyenda:

“Compañero, te pido tu cooperación para responder el siguiente cuestionario, cuyo objetivo es conocer el nivel de bienestar psicológico que posees en distintos aspectos de tu vida. Asimismo, es importante mencionarte que el cuestionario forma parte de un proyecto de investigación, por lo que la información que proporcionas será confidencial y utilizada solo con fines estadísticos. Te agradezco de antemano por el esfuerzo y la sinceridad al responder cada uno de los reactivos.”

Una vez que los alumnos leían la leyenda, en caso de aceptar participar, contestaban la escala y los datos recolectados llegaban automáticamente al correo electrónico de la investigadora como base de datos de Excel. Misma de la que se tomó la información para la elaboración de la descripción y análisis del bienestar psicológico de acuerdo a las variables descritas anteriormente.

Escenario

Los alumnos contestaron la escala desde el lugar más cómodo para ellos, ya que como se mencionó anteriormente, las pruebas formaron parte de la tarea de los usuarios.

Diseño

Se utilizó un diseño transversal descriptivo, debido a que el objetivo del estudio es describir el bienestar psicológico de estudiantes de la FES-I que acuden a consulta al CREAS perteneciente a CAOPE por alguna problemática de salud mental, entre ellas la conducta suicida. Cabe mencionar que de acuerdo a lo que menciona Hernández-Sampieri “los diseños transversales descriptivos se caracterizan por indagar la incidencia de categorías o niveles de una o varias variables en una población” (2014, p. 155).

Instrumento

Se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (SPWB, Scale of Psychological Well-being), misma que fue desarrollada por Carol Ryff. El instrumento cuenta con 39 ítems agrupados en seis dimensiones: 1) auto-aceptación, 2) relaciones positivas con los otros, 3) autonomía, 4) dominio del entorno, 5) propósito en la vida y 6) crecimiento personal. Sus respuestas están en formato escala tipo Likert, en donde sus valores van de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo), es importante recalcar que en algunos ítems el valor se invierte (Ver anexo 1).

Asimismo, es indispensable mencionar que la escala que se usó fue la del estudio de Dierendonk (2004) ya que de acuerdo a lo que señalan Díaz, Carvajal, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle y Dierendonk (2006) esta versión es la que tiene mejor consistencia interna al momento de realizar la adaptación española de la misma.

Cabe destacar que se obtuvo la confiabilidad del instrumento, el cual mostro un coeficiente Alfa de Cronbach de $\alpha = .914$, lo que significa que el instrumento es fiable y por tanto aceptable para el presente estudio.

Análisis de Datos

1. Para las seis variables se realizó el análisis de frecuencias.
2. Para el análisis de la variable “bienestar psicológico” según la variable “sexo” y “opción de licenciatura” de los estudiantes se utilizó una t de student para muestras independientes, por cada una
3. Para el análisis de la variable “bienestar psicológico” según la variable “orientación sexual”, “licenciatura” y “conducta suicida” se utilizó una Anova de un solo factor, por cada una.
4. Para la confiabilidad de la escala se utilizó el Alfa de Cronbach.

El análisis de los datos se realizó con el Software Estadístico SPSS versión 22.0.

Procedimiento de la evaluación

Se solicitó el apoyo de la responsable del programa y de los psicoterapeutas voluntarios del CREAS para aplicar la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff a los estudiantes que asistieran a cita por primera vez. Asimismo, se les comentó a los usuarios que la información obtenida de la escala se utilizaría para la presente investigación y que los datos obtenidos serían confidenciales, de igual forma se enfatizó que la participación sería voluntaria.

La Escala se aplicó a través de Google Formularios, por lo que la información se iba registrando automáticamente en una base de datos de Excel, pues hay que recordar que las pruebas se dejaban de tarea al usuario al finalizar la primera sesión psicoterapéutica.

También es importante mencionar que además de la escala se incluyeron preguntas como la edad, sexo, orientación sexual, licenciatura que cursa el usuario y si esta es la que deseaba estudiar. Los estudiantes que accedieron a participar contestaban el formulario desde su casa.

Una vez completada la muestra de 50 estudiantes, se solicitó a la responsable del programa, la base de datos en donde se incluía el motivo de consulta del alumno, con la finalidad de identificar si el participante tenía antecedentes de alguna conducta suicida. Esta información se incluyó en la base de datos ya existente, con el propósito de tener los datos en un mismo documento.

4.3 Resultados

Descripción de la población

En el presente estudio participaron 50 estudiantes (74% mujeres y 26% hombres) con edad de 18 a 29 años (Media= 21.02 años, DE= 2.16).

El 70% de los participantes reporto ser heterosexual, el 50% está cursando la Licenciatura en Psicología y el 78%, menciona que está estudiando la licenciatura de su elección. En cuanto a la conducta suicida, el 52% de los participantes que asistieron a consulta reportan haber presentado alguna de estas. Los estadísticos descriptivos se muestran en la siguiente (ver Tabla 1):

Tabla 1.
Características de los participantes

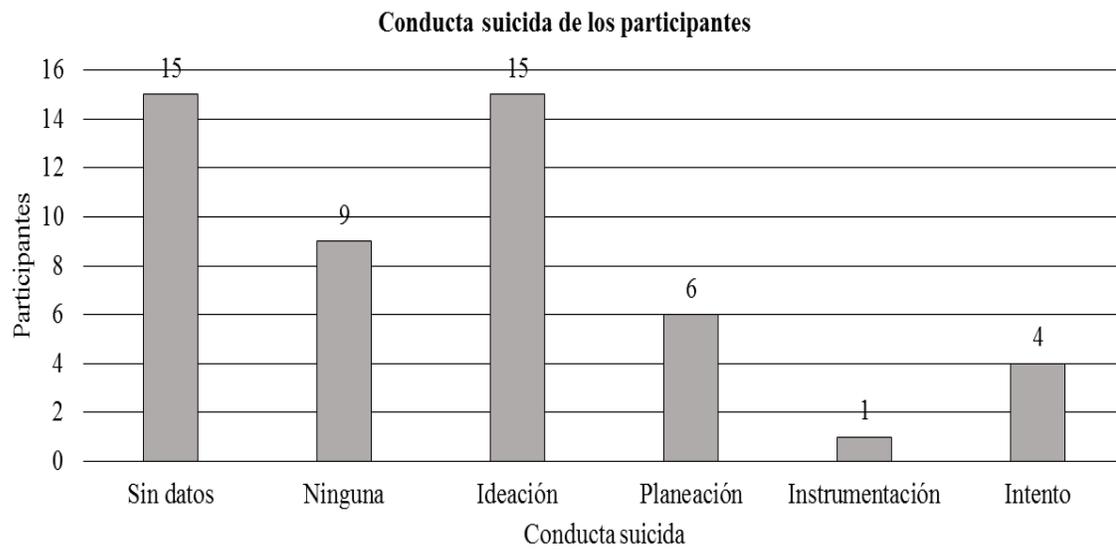
| | N | % |
|-------------------------------|----|----|
| Sexo | | |
| Mujer | 37 | 74 |
| Hombre | 13 | 26 |
| Orientación sexual | | |
| Heterosexual | 35 | 70 |
| Bisexual | 14 | 28 |
| Homosexual | 1 | 2 |
| Licenciatura | | |
| Psicología | 25 | 50 |
| Biología | 4 | 8 |
| Médico Cirujano | 6 | 12 |
| Optometría | 2 | 4 |
| Enfermería | 7 | 14 |
| Cirujano Dentista | 6 | 12 |
| Opción de licenciatura | | |
| No | 11 | 22 |
| Sí | 39 | 78 |
| Conducta suicida | | |
| Sin datos | 15 | 30 |
| No | 9 | 18 |
| Sí | 26 | 52 |

Nota: n=50

Bienestar psicológico y conducta suicida

A continuación se muestran los resultados obtenidos en relación al BP y a la conducta suicida. Como se observa (ver Tabla 1), el 30% de los participantes no reporta datos de si ha presentado o no alguna conducta suicida, el 18% no ha presentado, mientras que el 52%, porcentaje más alto, menciona tener alguna de estas conductas. Como se vio anteriormente, existen diferentes conductas suicidas, entre las que reportan los participantes están ideación, planeación, instrumentación e intento, mismas que se muestran a continuación (ver Figura 1):

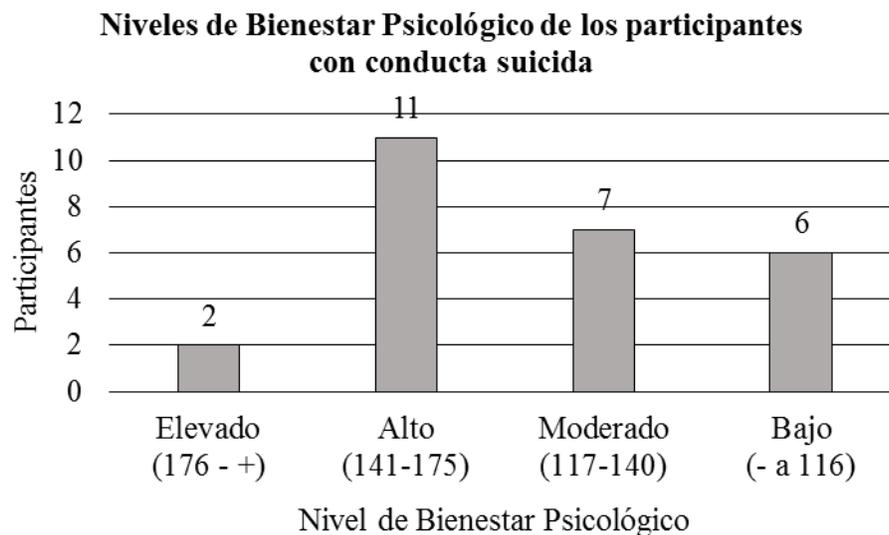
Figura 1. Tipo de conducta suicida que presentan los participantes



Como se puede observar, más de la mitad de la muestra presenta este tipo de conductas. Hay que recordar que no se encontraron datos del 30% de los participantes en relación a la conducta suicida, sin embargo el 52% que reporta haber presentado alguna de éstas representa un foco de riesgo, pues es más de la mitad de la muestra.

Ahora bien, en relación al bienestar psicológico de los participantes que presentan conducta suicida, se obtuvo lo siguiente:

Figura 2. Nivel de Bienestar Psicológico de los participantes que presentan conducta suicida



Recordemos que fueron 26 alumnos (52%), los que presentan conducta suicida. Como puede observarse (ver Figura 2), el mayor número de alumnos presenta un nivel de BP alto (11 alumnos), 7 de ellos presenta un nivel de BP moderado, 6 un nivel bajo, y finalmente, 2 de ellos, tienen un nivel de BP elevado. Como se observa, más de la mitad se encuentra en un nivel de BP aceptable.

Para comprender más a fondo los niveles de BP de los participantes que presentan conducta suicida, es importante tomar en cuenta que (ver Tabla 2) en el nivel de BP elevado, lo ocupan una mujer y un hombre, heterosexual y bisexual, respectivamente, y ambos están cursando la licenciatura de su elección.

En cuanto al nivel de BP alto, la mayoría son mujeres (7). La orientación sexual con mayor frecuencia es heterosexual, cabe mencionar que las licenciaturas que cursan los estudiantes colocados en este nivel son Psicología y Médico Cirujano, y la mayoría está estudiando la licenciatura de su elección.

Respecto al nivel de BP moderado, la mayoría son hombres. Es más frecuente la orientación heterosexual, la carrera que más se repite es Psicología y al igual que el nivel anterior, la mayoría de los participantes se encuentran cursando la licenciatura que eligieron.

Finalmente, en el nivel de BP bajo, sólo se encuentran mujeres, de las cuales la mayoría es heterosexual. De igual forma, la mayor parte se encuentra estudiando Psicología. En cuanto a sí es o no la licenciatura de su elección, los participantes se dividen en 3 y 3, respectivamente.

Haciendo hincapié en si la carrera que cursan es la que eligieron, cabe destacar que las que tienen asterisco son las que no fueron de elección de los participantes, así pues, las carreras que se consideran de menor elección de acuerdo a los resultados son Psicología y Cirujano dentista, con 3 participantes cada una, mientras que 2 de ellos están estudiando Optometría a pesar de no ser su elección.

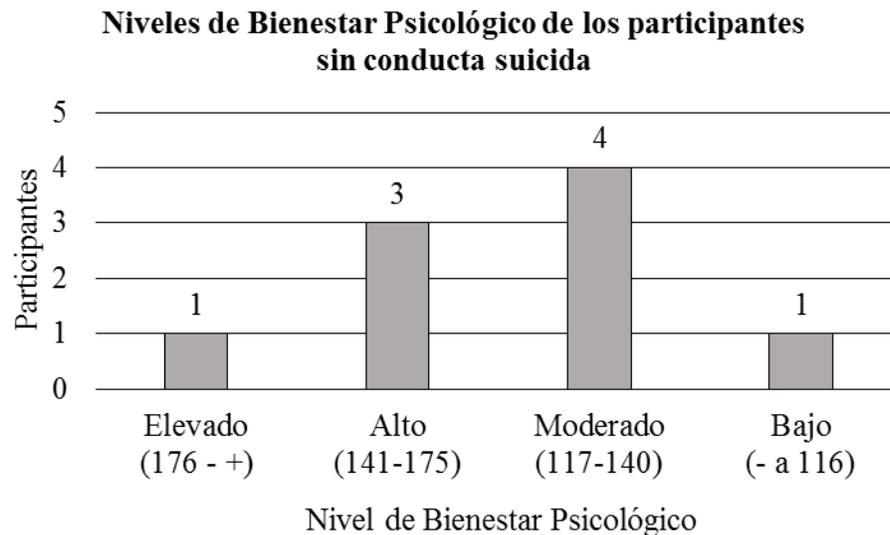
Tabla 2.
Características de los participantes con conducta suicida.

| Nivel de Bienestar Psicológico | Sexo | Orientación | Licenciatura | Opción de licenciatura |
|--------------------------------|-------------------------|--|--|------------------------|
| Elevado | Mujer (1) Hombre (1) | Heterosexual Bisexual | Biología Psicología | Sí |
| Alto | Mujer (7) | Heterosexual (6) Bisexual (1) | *Psicología (3) Biología (1) Médico cirujano (1) Enfermería (1) *Cirujano dentista (1) | Sí (5) No (2) |
| | Hombre (4) | Heterosexual (3) Bisexual (1) | Médico cirujano (3) *Psicología (1) | Sí (3) No (1) |
| Moderado | Mujer (3) | Heterosexual (2) Bisexual (1) | Psicología (2) *Cirujano dentista (1) | Sí (2) No (1) |
| | Hombre (4) | Heterosexual (2) Bisexual (1) Homosexual (1) | Psicología (2) Cirujano dentista (1) *Optometría (1) | Sí (3) No (1) |
| Bajo | Mujer (6) | Heterosexual (5) Bisexual (1) | *Psicología (3) *Cirujano dentista (2) *Optometría (1) | Sí (3) No (3) |

Nota: *Licenciaturas que no son primera elección de los participantes. (n)= Número de participantes

En relación al nivel de BP de los participantes que no presentan alguna de las conductas suicidas anteriores, se encontró lo siguiente (ver Figura 3):

Figura 3. Niveles de Bienestar Psicológico de los participantes que no presentan conducta suicida.



De los 9 (18%) participantes que reporta no presentar alguna conducta suicida, 4 de ellos, tienen un nivel de BP moderado, 3 un nivel alto, mientras que 2 de los alumnos tienen nivel elevado y bajo, respectivamente. Es importante resaltar que la mayor cantidad de alumnos tienen un nivel moderado.

Si bien el objetivo no es hacer una comparación de los niveles de BP de los alumnos con y sin conducta suicida, vale la pena mostrar los datos obtenidos de manera conjunta con la finalidad de tener una panorámica del BP de los participantes (ver Figura 4).

Como se observa, los participantes que presentan conducta suicida se encuentran en ambos extremos, tanto inferior como superior, ya que tienen un nivel de BP tanto bajo con 79 puntos, como alto con 196 puntos, cabe destacar que el puntaje máximo de BP es de 234 puntos, tomando en cuenta que la persona que obtiene este puntaje, goza de un buen nivel de bienestar psicológico.

Ahora bien, los participantes que no presentan conducta suicida, a pesar de encontrarse también en los extremos, el que se ubica en el nivel de BP bajo, tiene un puntaje de 116, hay que resaltar que de este grupo, es el participante con la puntuación más baja, por lo que es el único que se encuentra en ese nivel. El participante que se encuentra en el nivel

elevado, tiene un puntaje de 181, al igual que el anterior, es el único que se encuentra en ese nivel.

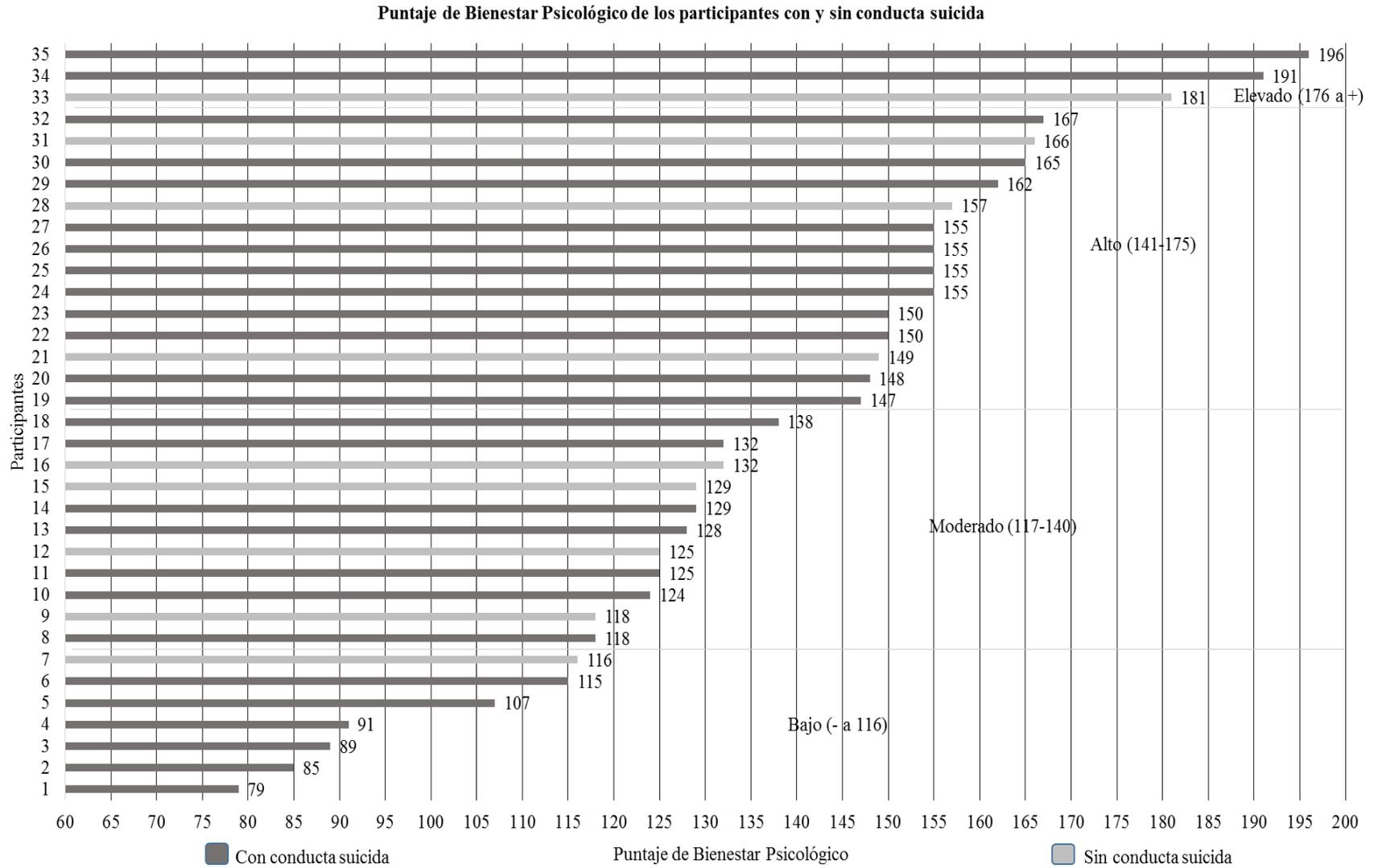
A pesar de que uno de los participantes que no presenta conducta suicida se encuentra en el nivel elevado, los participantes que presentan este tipo de conductas se encuentran por encima de su puntaje con 191 y 196.

Asimismo, es importante resaltar que hay participantes con y sin conducta suicida que comparten el mismo puntaje en el nivel de BP moderado, pues como se observa dos de ellos tienen un puntaje de 118, dos de 125, otros dos de 129 y dos más comparten un puntaje de 132.

De igual forma, los participantes que presentan conductas suicidas, comparten algunos puntajes, como se observa en el nivel alto, en donde dos de ellos obtuvieron un puntaje de 150 y cuatro, comparten un puntaje de 155.

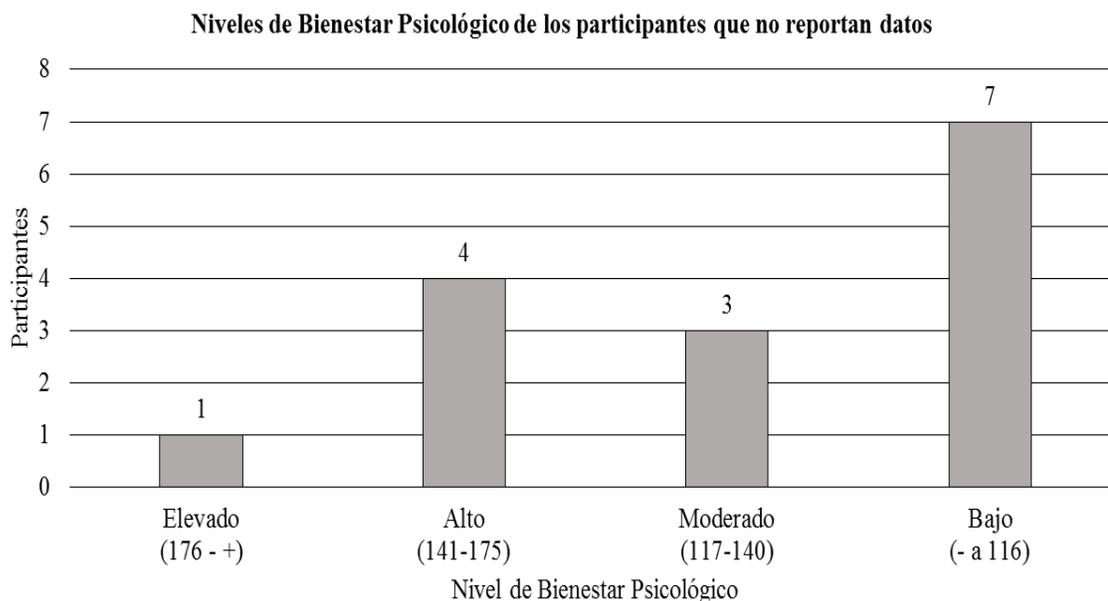
Asimismo, la mayoría de los alumnos (14), contando tanto los que presentan conducta suicida como los que no, se encuentran en el nivel de BP alto. Cabe destacar que 11 de los 14 participantes que ocupan el nivel alto presentan alguna conducta suicida.

Figura 4. Puntajes del nivel de BP de los participantes que presentan conducta suicida y de los que no tienen conducta suicida



Por otro lado, los alumnos que no reportaron ningún dato relacionado a la conducta suicida, presentan los siguientes niveles de BP (ver Figura 5):

Figura 5. Niveles de Bienestar Psicológico de los participantes que no reportan datos en relación a la conducta suicida



De los 15 participantes que no reportan datos relacionados a la conducta suicida, 1 tiene un nivel de BP elevado, 4 un nivel alto, 3 presentan un nivel moderado, mientras que la mayoría se encuentra en un nivel de BP bajo (7).

De igual forma, es relevante mencionar que no se encontraron diferencias significativas entre los alumnos que no presentan conductas suicidas, los que si las reportan y los que carecen de datos relacionados a esta (ver Tabla 3), para cada una de las dimensiones del BP.

Pues de acuerdo a los resultados, en la dimensión de Auto-aceptación se obtuvo un valor [$F(2, 47) = 1.15, p=.325$], en la dimensión Relaciones positivas el valor es [$F(2, 47) = 1.60, p=.212$], en Autonomía [$F(2, 47) = .034, p=.966$], en la de Dominio del entorno es [$F(2, 47) = 1.44, p=.245$], en la de Crecimiento personal el valor obtenido es [$F(2, 47) = 1.33, p=.272$], mientras que en la última dimensión, Propósito en la vida, el valor es [$F(2, 47) = 1.91, p=.158$]. Por lo que no existen diferencias significativas entre los tres grupos.

Tabla 3.

Análisis estadístico (ANOVA) de las dimensiones del Bienestar Psicológico de los participantes con conducta suicida, sin conducta suicida y de los que no aportan datos.

| Dimensión | N | Media | DE | F | Sig. |
|----------------------|----|--------|-------|-------|------|
| Auto-aceptación | | | | 1.150 | .325 |
| Sin datos | 15 | 15.800 | 5.942 | | |
| No | 9 | 18.222 | 3.734 | | |
| Sí | 26 | 18.576 | 6.191 | | |
| Relaciones positivas | | | | 1.605 | .212 |
| Sin datos | 15 | 18.333 | 4.835 | | |
| No | 9 | 18.666 | 4.663 | | |
| Sí | 26 | 20.846 | 4.687 | | |
| Autonomía | | | | .034 | .966 |
| Sin datos | 15 | 27.200 | 7.022 | | |
| No | 9 | 27.000 | 6.224 | | |
| Sí | 26 | 26.576 | 8.300 | | |
| Dominio del entorno | | | | 1.448 | .245 |
| Sin datos | 15 | 19.533 | 5.804 | | |
| No | 9 | 22.888 | 4.728 | | |
| Sí | 26 | 21.769 | 4.777 | | |
| Crecimiento personal | | | | 1.338 | .272 |
| Sin datos | 15 | 26.933 | 7.294 | | |
| No | 9 | 31.666 | 4.769 | | |
| Sí | 26 | 28.230 | 7.311 | | |
| Propósito en la vida | | | | 1.918 | .158 |
| Sin datos | 15 | 17.200 | 8.099 | | |
| No | 9 | 23.000 | 6.284 | | |
| Sí | 26 | 20.769 | 7.431 | | |

*p < .05.

Tomando en cuenta los resultados, y al ver que no existen diferencias significativas para cada una de las dimensiones, de igual forma se puede decir que no existen diferencias significativas [$F(2, 47) = 1.13, p = .330$] en el BP general de los estudiantes entre cada uno de los grupos (ver Tabla 4).

Tabla 4.

Análisis estadístico (ANOVA) del Bienestar Psicológico general de los participantes con conducta suicida, sin conducta suicida y de los que no aportan datos.

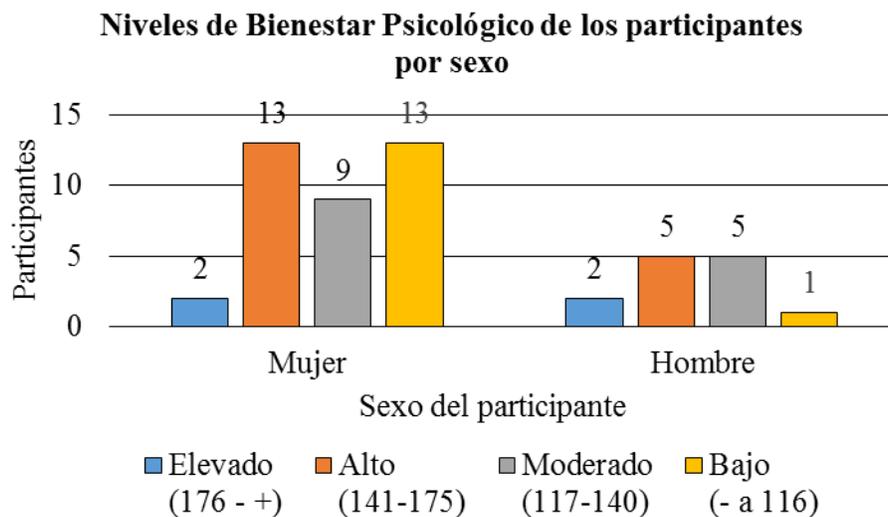
| Grupos | N | Media | Desviación típica | F | Sig. |
|-----------|----|-------|----------------------|-------|------|
| | | | | 1.136 | .330 |
| Sin datos | 15 | 3.066 | 1.032 | | |
| No | 9 | 2.555 | .881 | | |
| Sí | 26 | 2.653 | .935 | | |

*p < .05.

Bienestar Psicológico y sexo

De acuerdo a los resultados (ver Figura 6), de las 37 (74%) mujeres que componen la muestra, 2 de ellas muestran un nivel de BP elevado, 13 un nivel alto, 9 un nivel moderado y las 13 últimas, tienen un nivel de BP bajo. En los hombres, de 13 (26%) participantes, 2, al igual que las mujeres presentan un nivel elevado, el nivel alto y moderado, lo tienen 5 participantes, respectivamente, mientras que 1 de ellos tiene un nivel de BP bajo.

Figura 6. Niveles de Bienestar Psicológico de los participantes según el sexo



En cuanto a los resultados del Bienestar Psicológico por dimensión en relación al sexo, se obtuvo que existen diferencias estadísticamente significativas en la dimensión Relaciones Positivas, entre mujeres ($M= 18.83$, $DE= 4.43$) y hombres ($M= 22.15$, $DE= 5.08$); $t(48)= -2.23$, $p=.03$. En las otras cinco dimensiones no se encontraron diferencias (ver Tabla 5), pues como se puede observar en la dimensión de Auto-aceptación se obtuvo $t(48)= -1.47$, $p= .147$; en Autonomía el valor es $t(48)= -1.61$, $p=.115$; en la dimensión Dominio del entorno, el valor $t(48)= -.692$, $p=.492$; en la de Crecimiento personal, $t(48)= -1.01$, $p=.315$ y finalmente en la dimensión de Propósito en la vida, se obtuvo $t(48)= -1.76$, $p=.084$.

Tabla 5.
Análisis estadístico t de student de las dimensiones del Bienestar Psicológico según el sexo del participante.

| Dimensión | Mujer N=37 | | Hombre N=13 | | t | Gl | Valor p |
|-------------------------|---------------|-------|----------------|-------|--------|--------|---------|
| | Media | DE | Media | DE | | | |
| Auto-aceptación | 16.973 | 5.918 | 19.692 | 5.072 | -1.475 | 48 | .147 |
| Relaciones positivas | 18.837 | 4.431 | 22.153 | 5.080 | -2.235 | 48 | .030* |
| Autonomía | 26.054 | 8.113 | 29.076 | 4.733 | -1.615 | 36.568 | .115 |
| Dominio del entorno | 21.000 | 5.196 | 22.153 | 5.096 | -.692 | 48 | .492 |
| Crecimiento personal | 27.864 | 7.118 | 30.153 | 6.568 | -1.016 | 48 | .315 |
| Propósito en la vida | 19.000 | 7.238 | 23.230 | 8.012 | -1.764 | 48 | .084 |

*p < .05.

Ahora bien, en relación al Bienestar Psicológico general de los participantes según el sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre mujeres (M= 2.89, DE=.96) y hombres (M= 2.38, DE= .86); t (48)= 1.669, p=.102 (ver Tabla 6).

Tabla 6.
Análisis estadístico t de student del Bienestar Psicológico general según el sexo de los participantes.

| Bienestar Psicológico | Mujer N=37 | | Hombre N=13 | | t | Gl | Valor p |
|--------------------------|---------------|------|----------------|------|-------|----|---------|
| | Media | DE | Media | DE | | | |
| | 2.891 | .965 | 2.384 | .869 | 1.669 | 48 | .102 |

*p < .05

Relacionado a la conducta suicida (ver Tabla 7), se tiene que en el nivel de BP elevado, de las 2 mujeres, 1 presenta conducta suicida. En relación al nivel de BP alto, de las 13, 7 tienen este tipo de conducta. En el moderado, de las 9 mujeres, 3 tienen estas conductas, y finalmente en el nivel de BP bajo, de las 13 mujeres, 6 han desarrollado esta conducta.

Por otro lado, los hombres, de los 2 que tienen un nivel de BP elevado, al igual que las mujeres, 1 presenta conducta suicida. De los 5 que ocupan el nivel alto y moderado, respectivamente, 4 tienen este tipo de conducta, en cada uno de los niveles, respectivamente, mientras que el único hombre del nivel bajo, no presenta ninguna de estas conductas.

Tabla 7.
Nivel de BP de los participantes que presentan conducta suicida de acuerdo al sexo.

| Nivel | Mujer | Hombre |
|--------------|--------------|---------------|
| Elevado | 1 | 1 |
| Alto | 7 | 4 |
| Moderado | 3 | 4 |
| Bajo | 6 | 0 |

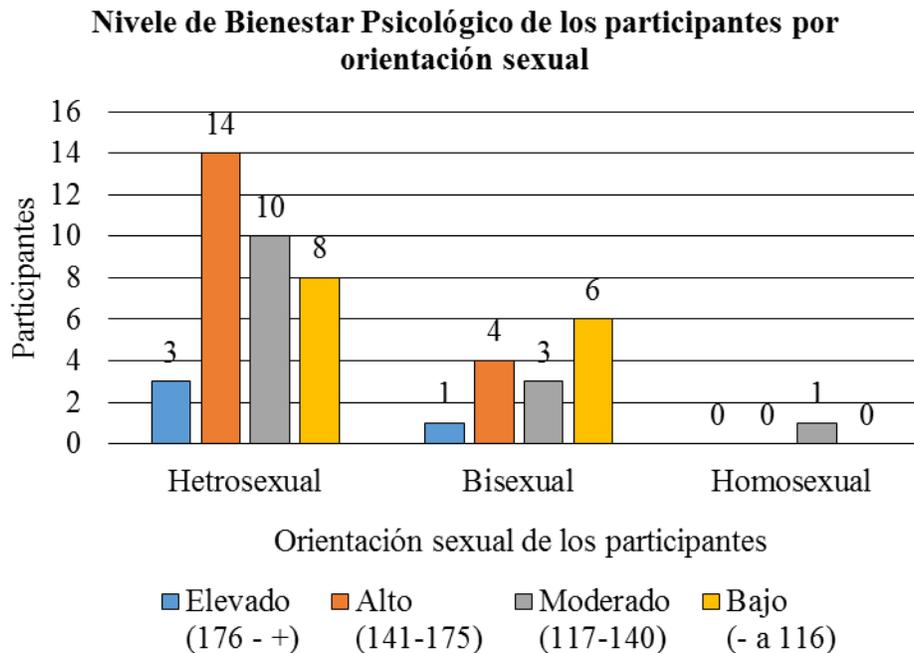
Nota: Sólo se muestran los participantes con conducta suicida según el sexo.

Tomando en cuenta el total, se tiene que de las 37 mujeres que ocupan la muestra, 17 presentan conducta suicida. Mientras que de los 13 hombres, 5 tienen este tipo de conductas.

Bienestar Psicológico y orientación sexual

Según los resultados (ver Figura 7), de los 35 (70%) participantes que mencionan ser heterosexuales, 3 tienen un nivel de BP elevado, 14 un nivel alto, 10 un nivel moderado, mientras que los 8 restantes, presentan un nivel bajo. Por otro lado, de los 14 (28%) participantes que señalan ser bisexuales, sólo 1 presenta un nivel elevado de BP, 4 de ellos tienen un nivel alto, 3 un moderado, y los últimos 6, presentan un nivel bajo. En cuanto al participante que reporta ser homosexual, el cual representa el 2% de la muestra, menciona tener un nivel de BP moderado.

Figura 7. Niveles de Bienestar Psicológico de los participantes según la orientación sexual



De igual forma se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en relación a la dimensiones del Bienestar Psicológico de los participantes de acuerdo a la orientación sexual, pues como se observa (ver Tabla 8) en la dimensión de Auto-aceptación se obtuvo un valor [$F(2, 47) = .359, p=.700$], en Relaciones positivas el valor es [$F(2, 47) = 1.187, p=.314$], en Autonomía se obtuvo un valor [$F(2, 47) = .776, p=.466$], en la dimensión Dominio del entorno el valor [$F(2, 47) = 1.200, p=.310$], [$F(2, 47) = .088, p=.916$] en la de Crecimiento personal y finalmente en la dimensión de Propósito en la vida, el valor encontrado es [$F(2, 47) = .414, p=.663$].

En cuanto al Bienestar Psicológico general de los participantes según la orientación sexual (ver Tabla 9), tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas [$F(2, 47) = .661, p=.521$]. Las medias fueron de 2.657 para los participantes considerados heterosexuales, 3.000 para los participantes bisexuales y de 3.000 en el participante que menciona ser homosexual.

Tabla 8.

Análisis estadístico (ANOVA) de las dimensiones del Bienestar Psicológico de los participantes según la orientación sexual.

| Dimensión | N | Media | DE | F | Sig. |
|----------------------|----|--------|-------|-------|------|
| Auto-aceptación | | | | .359 | .700 |
| Heterosexual | 35 | 18.028 | 5.762 | | |
| Bisexual | 14 | 16.642 | 6.121 | | |
| Homosexual | 1 | 20.000 | | | |
| Relaciones positivas | | | | 1.187 | .314 |
| Heterosexual | 35 | 20.371 | 4.318 | | |
| Bisexual | 14 | 18.214 | 5.780 | | |
| Homosexual | 1 | 17.000 | | | |
| Autonomía | | | | .776 | .466 |
| Heterosexual | 35 | 27.685 | 7.363 | | |
| Bisexual | 14 | 25.000 | 7.825 | | |
| Homosexual | 1 | 23.000 | | | |
| Dominio del entorno | | | | 1.200 | .310 |
| Heterosexual | 35 | 21.857 | 5.314 | | |
| Bisexual | 14 | 20.357 | 4.584 | | |
| Homosexual | 1 | 15.000 | | | |
| Crecimiento personal | | | | .088 | .916 |
| Heterosexual | 35 | 28.714 | 6.888 | | |
| Bisexual | 14 | 27.785 | 7.697 | | |
| Homosexual | 1 | 29.000 | | | |
| Propósito en la vida | | | | .414 | .663 |
| Heterosexual | 35 | 20.542 | 7.678 | | |
| Bisexual | 14 | 18.714 | 7.720 | | |
| Homosexual | 1 | 24.000 | | | |

Nota: n=50

*p < .05

Tabla 9.

Análisis estadístico (ANOVA) del Bienestar Psicológico general de los participantes según la orientación sexual.

| Grupos | N | Media | Desviación típica | F | Sig. |
|--------------|----|-------|----------------------|------|------|
| Heterosexual | 35 | 2.657 | .937 | .661 | .521 |
| Bisexual | 14 | 3.000 | 1.037 | | |
| Homosexual | 1 | 3.000 | | | |

*p < .05.

Ahora bien, se encontró que (ver Tabla 10) de los 3 participantes con orientación heterosexual que tienen un nivel de PB elevado, 1 presenta conducta suicida. De los 14 con un nivel alto, 9 presentan estas conductas. De los 10 con un nivel moderado, 4 tienen este

tipo de conducta y finalmente de los 8 participantes con un nivel de BP bajo, 5 desarrolló esta conducta.

En cuanto a los participantes con orientación bisexual, el único que tiene el nivel elevado presenta conducta suicida. 2 de los 4 que tienen un nivel de BP alto, presentan estas conductas. De los 3 que tienen un nivel moderado, 2 presentan esta conducta. Mientras que de los 6 que ocupan el nivel bajo, 1 tiene esta conducta.

Finalmente, el único participante con orientación homosexual, que ocupa el nivel de BP moderado, sí presenta conducta suicida.

Tabla 10.

Nivel de BP de los participantes que presentan conducta suicida de acuerdo a la orientación sexual.

| Nivel | Heterosexual | Bisexual | Homosexual |
|--------------|---------------------|-----------------|-------------------|
| Elevado | 1 | 1 | 0 |
| Alto | 9 | 2 | 0 |
| Moderado | 4 | 2 | 1 |
| Bajo | 5 | 1 | 0 |

Nota: Sólo se muestran los participantes que tienen conducta suicida según la orientación sexual.

En resumen, de los 35 participantes con orientación heterosexual, 19 presentan conducta suicida. De los 14 con orientación bisexual, 6 tienen este tipo de conductas, y finalmente, el único participante con orientación homosexual, tiene conducta suicida.

Bienestar Psicológico y licenciatura

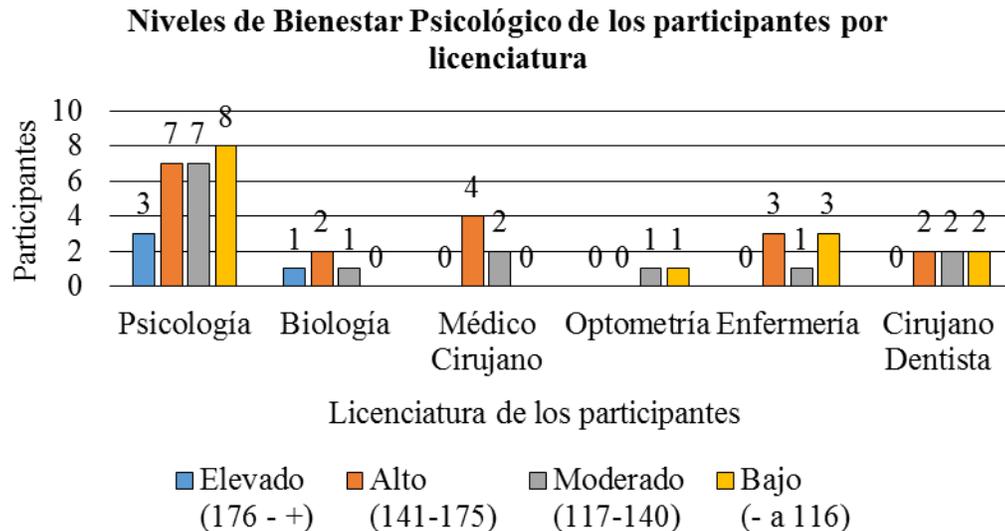
Los resultados relacionados con la licenciatura se dividen en dos, por una parte están los relacionados con el Bienestar Psicológico del participante y la licenciatura que estudia y por otra, el Bienestar Psicológico del participante respecto a si la carrera que cursan es la que ellos querían estudiar.

Así pues, de acuerdo a los resultados obtenidos (ver Figura 8) de los 25 (50%) alumnos que estudian Psicología, 3 tienen un nivel de BP elevado, 7 un nivel alto, 7 un nivel moderado y los 8 participantes restantes presentan un nivel de BP bajo.

Por otro lado, de los 4 (8%) participantes que cursan la licenciatura de Biología, uno presenta un nivel elevado, 2 un nivel alto y el último de ellos un nivel moderado. En relación a los que estudian Médico Cirujano, de los 6 (12%), 4 reportan un nivel alto y 2, moderado. Los 2 (4%) estudiantes de Optometría, uno muestra un nivel de BP moderado, y el otro bajo.

En cuanto a los que estudian Enfermería, de los 7 (14%), 3 tienen un nivel alto, uno, un nivel moderado, y los últimos 3, presentan un nivel bajo. Finalmente los 6 (12%) estudiantes de la licenciatura de Cirujano Dentista, se repartieron equitativamente en los niveles alto, moderado y bajo, 2 en cada nivel.

Figura 8. Niveles de Bienestar Psicológico de los participantes según la licenciatura que cursan



De igual forma, los resultados arrojaron que no existen diferencias estadísticamente significativas respecto a las dimensiones del Bienestar Psicológico en relación a la licenciatura de los participantes, pues como se observa (ver Tabla 11) los valores obtenidos son: para Auto-aceptación es [F (5, 44) =1.211, p=.320], para la dimensión de Relaciones Positivas el valor es [F (5, 44) =.721, p=.611], en Autonomía se obtuvo [F (5, 44) =.839, p=.530], Dominio del entorno, [F (5, 44) =.489, p=.783], en la dimensión de Crecimiento personal el valor es [F (5, 44) =1.717, p=.151] y finalmente en la última dimensión del BP, Propósito en la vida, el valor es [F (5, 44) =.956, p=.455]. Por lo que no hay diferencias.

En cuanto al BP general de los participantes de acuerdo a la licenciatura que cursan, los resultados muestran (ver Tabla 12) que tampoco existen diferencias estadísticamente significativas [$F(5, 44) = 1.168, p = .340$]. Cabe mencionar que la media es de 2.800, en estudiantes de Psicología, 2.000 en estudiantes de Biología, la media de los que estudian Médico cirujano es de 2.333, de 3.500 para los de Optometría, y finalmente para los de Enfermería y Cirujano dentista es de 3.000, respectivamente.

Tabla 11.
Análisis estadístico (ANOVA) de las dimensiones del Bienestar Psicológico de los participantes según la licenciatura que cursan.

| Dimensión | N | Media | DE | F | Sig. |
|----------------------|----|--------|--------|-------|------|
| Auto-aceptación | | | | 1.211 | .320 |
| Psicología | 25 | 17.000 | 5.787 | | |
| Biología | 4 | 23.750 | 6.344 | | |
| Médico Cirujano | 6 | 19.000 | 5.253 | | |
| Optometría | 2 | 16.000 | .000 | | |
| Enfermería | 7 | 15.857 | 6.229 | | |
| Cirujano Dentista | 6 | 17.833 | 5.419 | | |
| Relaciones positivas | | | | .721 | .611 |
| Psicología | 25 | 19.360 | 4.261 | | |
| Biología | 4 | 23.000 | 4.690 | | |
| Médico Cirujano | 6 | 20.000 | 5.932 | | |
| Optometría | 2 | 23.000 | 7.071 | | |
| Enfermería | 7 | 19.142 | 5.956 | | |
| Cirujano Dentista | 6 | 18.166 | 4.400 | | |
| Autonomía | | | | .839 | .530 |
| Psicología | 25 | 27.280 | 6.925 | | |
| Biología | 4 | 31.750 | 8.261 | | |
| Médico Cirujano | 6 | 25.333 | 5.750 | | |
| Optometría | 2 | 29.000 | 1.414 | | |
| Enfermería | 7 | 26.857 | 10.056 | | |
| Cirujano Dentista | 6 | 22.500 | 8.479 | | |
| Dominio del entorno | | | | .489 | .783 |
| Psicología | 25 | 21.080 | 5.582 | | |
| Biología | 4 | 22.750 | 6.184 | | |
| Médico Cirujano | 6 | 23.166 | 3.060 | | |
| Optometría | 2 | 17.000 | 1.414 | | |
| Enfermería | 7 | 21.142 | 5.490 | | |
| Cirujano Dentista | 6 | 21.000 | 5.215 | | |
| Crecimiento personal | | | | 1.717 | .151 |
| Psicología | 25 | 27.840 | 7.357 | | |
| Biología | 4 | 33.250 | 5.737 | | |
| Médico Cirujano | 6 | 33.500 | 3.834 | | |
| Optometría | 2 | 21.500 | 2.121 | | |
| Enfermería | 7 | 26.142 | 7.776 | | |
| Cirujano Dentista | 6 | 27.833 | 5.706 | | |
| Propósito en la vida | | | | .956 | .455 |
| Psicología | 25 | 19.000 | 7.778 | | |
| Biología | 4 | 23.000 | 4.898 | | |
| Médico Cirujano | 6 | 24.333 | 6.088 | | |
| Optometría | 2 | 13.000 | 1.414 | | |
| Enfermería | 7 | 20.000 | 10.033 | | |
| Cirujano Dentista | 6 | 21.000 | 6.870 | | |

*p < .05.

Tabla 12.
Análisis estadístico (ANOVA) del Bienestar Psicológico general de los participantes según la licenciatura que cursan.

| Grupos | N | Media | Desviación típica | F | Sig. |
|-------------------|----|-------|-------------------|-------|------|
| | | | | 1.168 | .340 |
| Psicología | 25 | 2.800 | 1.040 | | |
| Biología | 4 | 2.000 | .816 | | |
| Médico Cirujano | 6 | 2.333 | .516 | | |
| Optometría | 2 | 3.500 | .707 | | |
| Enfermería | 7 | 3.000 | 1.000 | | |
| Cirujano dentista | 6 | 3.000 | .894 | | |

* $p < .05$.

En cuanto a los que presentan conducta suicida, los resultados muestran (ver Tabla 13) que de los participantes que estudian Psicología, de los 3 que obtuvieron un nivel de BP elevado 1 presenta conducta suicida. 4 de los 7 que tienen un nivel alto, reportan tener este tipo de conductas. De los 7 que presentan un nivel moderado, al igual que el nivel anterior, 4 tienen estas conductas. Y finalmente de los 8 que tienen un nivel bajo, 4 presentan alguna conducta suicida.

En cuanto a los estudiantes de Biología, el único participante que se encuentra en un nivel de BP elevado presenta conducta suicida. 1 de los 2 con nivel alto, tiene una de estas conductas. Mientras que los niveles moderado y bajo, no hay alumnos con conducta suicida.

Ahora bien, los alumnos que están estudiando Médico Cirujano, los 4 participantes que tienen un nivel de BP alto presentan conducta suicida. Es el único nivel que tiene alumnos con este tipo de conductas.

En relación a los 2 estudiantes de Optometría, ambos presentan conducta suicida, uno tiene un nivel de BP moderado, mientras que el otro tiene un nivel bajo.

Sobre los que estudian Enfermería, de los 3 que tienen un nivel de BP alto, 1 presenta conducta suicida. Los alumnos de los demás niveles no presentan alguna de estas conductas.

Finalmente, los alumnos de la carrera de Cirujano Dentista, Los que obtuvieron un nivel de BP alto, de 2, 1 presenta conducta suicida. Mientras que el nivel moderado y alto, con 2 alumnos cada uno, los 4 tienen este tipo de conductas.

Tabla 13.

Nivel de BP de los participantes que presentan conducta suicida de acuerdo a la licenciatura que cursan.

| Nivel | Psicología | Biología | Médico Cirujano | Optometría | Enfermería | Cirujano Dentista |
|--------------|-------------------|-----------------|------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|
| Elevado | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Alto | 4 | 1 | 4 | 0 | 1 | 1 |
| Moderado | 4 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| Bajo | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 |

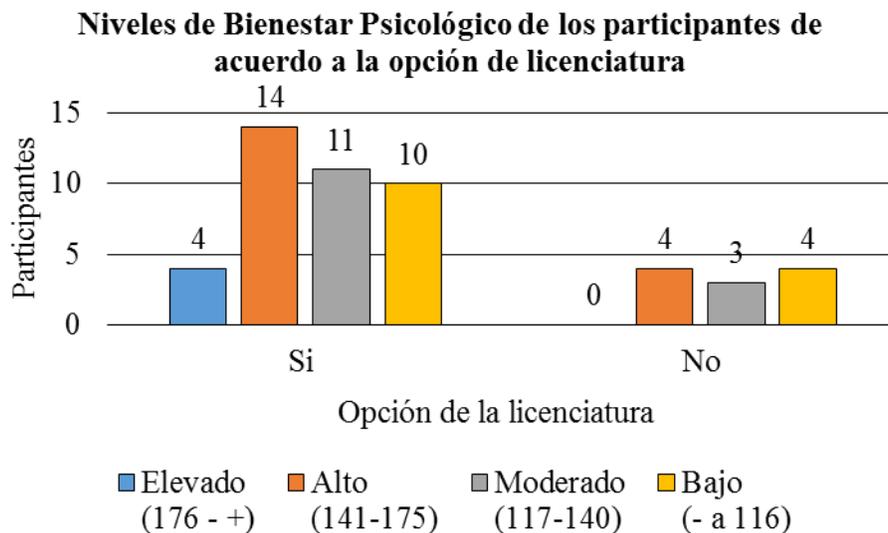
Nota: Sólo se muestra el número de participantes que presentan conducta suicida según la licenciatura que cursan.

Es decir, que de los 25 alumnos que estudian Psicología, 12 de ellos presenta alguna conducta suicida. Así pues, de los 4 alumnos que estudian Biología, 2 tienen conducta suicida. De los 6 alumnos de la carrera de Médico Cirujano, 4 presentan estas conductas. Los dos únicos estudiantes de Optometría registran este tipo de conducta. En cuanto a los que estudian Enfermería, de los 7 alumnos, 1 tiene este tipo de conductas. Y finalmente los que cursan Cirujano Dentista, de los 6 estudiantes de esta carrera, 5 presentan este tipo de conducta.

Ahora bien, es importante mencionar que hay alumnos que están cursando una licenciatura que no es de su elección o de su agrado. Según lo que se observa (ver Figura 9) más de la mitad de la muestra, es decir 39 alumnos (78%), están cursando la licenciatura de su agrado, mientras que el resto, 11 alumnos (22%) está estudiando una licenciatura que no es de su primera elección.

Sobre los niveles de BP, se obtuvo que de los 39 alumnos que están cursando la carrera de su elección, 4 tienen un nivel elevado, 14 un nivel alto, 11 un nivel moderado, y 10 un nivel de BP bajo. Por otro lado, los alumnos que están estudiando una licenciatura que no fue primera opción, 4 muestran un nivel de BP alto, 3 un nivel moderado y 4, un nivel bajo.

Figura 9. Niveles de Bienestar Psicológico de los participantes de acuerdo a sí es lo que querían estudiar



Según las estadísticas, no se encuentran diferencias significativas las dimensiones del BP de los participantes (ver Tabla 14), pues de acuerdo a lo encontrado, la Auto-aceptación tiene un valor $t(48) = -1.33$, $p = .188$; la dimensión de Relaciones positivas tiene un valor $t(48) = .304$, $p = .763$; en la de Autonomía se obtuvo $t(48) = .034$, $p = .973$; en Dominio del entorno $t(48) = -.948$, $p = .348$, en la dimensión de Crecimiento personal se encontró que $t(48) = -1.231$, $p = .224$ y finalmente en la dimensión de Propósito en la vida se obtuvo $t(48) = -.765$, $p = .448$, por lo que en ninguna hay diferencias.

Tabla 14.

Análisis estadístico t de student de las dimensiones del Bienestar Psicológico según la opción de licenciatura del participante.

| Dimensión | Sí elección N=39 | | No elección N=11 | | t | gl | Valor p |
|-------------------------|---------------------|-------|---------------------|-------|--------|----|---------|
| | Media | DE | Media | DE | | | |
| Auto-aceptación | 18.256 | 5.963 | 15.636 | 4.801 | -1.337 | 48 | .188 |
| Relaciones positivas | 19.589 | 4.966 | 20.090 | 4.276 | .304 | 48 | .763 |
| Autonomía | 26.820 | 7.850 | 26.909 | 6.204 | .034 | 48 | .973 |
| Dominio del entorno | 21.666 | 5.218 | 20.000 | 4.878 | -.948 | 48 | .348 |
| Crecimiento personal | 29.102 | 7.221 | 26.181 | 5.810 | -1.231 | 48 | .224 |
| Propósito en la vida | 20.538 | 7.580 | 18.545 | 7.814 | -.765 | 48 | .448 |

*p < .05.

En cuanto al BP general de los participantes, según lo que se muestra (ver Tabla 15) no existen diferencias estadísticamente significativas entre el BP general de los que están cursando algo de su elección (M= 2.692, DE= .977) y los que no lo están haciendo (M= 3.000, DE= .894); t (48)= .938, p=.353.

Tabla 15.

Análisis estadístico t de student del Bienestar Psicológico general según la opción de licenciatura de los participantes.

| Bienestar Psicológico | Sí elección N=39 | | No elección N=11 | | t | gl | Valor p |
|--------------------------|---------------------|-----|---------------------|-----|-----|----|---------|
| | Media | DE | Media | DE | | | |
| | 2.69 | .97 | 3.000 | .89 | .93 | 48 | .353 |
| | 2 | 7 | | 4 | 8 | | |

*p < .05.

Finalmente, es importante describir de forma general el Bienestar Psicológico de la muestra completa. De acuerdo a los resultados (ver Tabla 16) de los 50 alumnos que participaron en el estudio, 4 (8%) tiene un nivel de BP elevado, 18 (36%) mostraron un nivel alto, y el nivel moderado y bajo, lo presentan 14 alumnos (28%), respectivamente. La mayoría de los participantes tiene un nivel de BP alto.

Tabla 16.
Porcentaje de participantes según el nivel de Bienestar Psicológico que presentan

| Nivel de Bienestar Psicológico | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------------|------------|------------|
| Elevado | 4 | 8 % |
| Alto | 18 | 36% |
| Moderado | 14 | 28% |
| Bajo | 14 | 28% |

Nota: n=50

En resumen, como se puede ver en los resultados, tanto en las dimensiones del BP como en el BP general no existen diferencias estadísticamente significativas entre cada uno de los grupos (sexo, orientación sexual, licenciatura y opción de licenciatura). De igual forma es importante recalcar que el 36% de los participantes presenta un buen nivel de BP (alto). El 37% de la muestra son mujeres y el 35% de los participantes menciona ser heterosexual. Por otro lado, el 50% de los participantes está estudiando Psicología y el 78% está cursando la licenciatura que eligió. En cuanto a la conducta suicida, el 52% de la muestra sí la ha presentado, es decir más de la mitad de los participantes.

Al igual que lo anterior, algunos de los alumnos que están cursando una licenciatura que es o no su primera opción, pueden presentar conducta suicida. Tomando en cuenta esto, se encontró que (ver Tabla 17) hay 4 alumnos que tienen nivel elevado de BP, de los cuales 2 presentan conducta suicida. De los 14 que tienen nivel alto, 8 presentan estas conductas. 5 de los 11 que se encuentran en nivel de BP moderado, de igual forma tienen este tipo de conducta. Y finalmente, de los 10 que tienen nivel bajo, 3 reportan alguna conducta suicida.

En cuanto a los participantes que no están cursando la licenciatura de su primera opción se obtuvo que de los 4 que obtuvieron un nivel alto de BP, 3 presentan conducta suicida. 2 de los 3 que tienen un nivel moderado, presentan este tipo de conductas y finalmente de los 4 que poseen un nivel de BP bajo, 3 han presentado alguna de estas conductas.

Tabla 17.
Nivel de BP de los participantes que presentan conducta suicida de acuerdo a si a licenciatura que cursan es su primera opción o no.

| Nivel | Opción Sí | Opción No |
|--------------|------------------|------------------|
| Elevado | 2 | 0 |
| Alto | 8 | 3 |
| Moderado | 5 | 2 |
| Bajo | 3 | 3 |

Nota: Sólo se muestran los participantes que presentan conducta suicida según su opción de carrera.

En resumen, de los 39 alumnos que están cursando la licenciatura de su elección, 18 presentan conducta suicida. Mientras que de los 11 que no están cursando una carrera de su primera opción, 8 reporta tener alguna conducta de este tipo.

5. DISCUSIÓN

La salud mental es de los aspectos más importantes en la vida del ser humano. Abarca factores que son imprescindibles para el bienestar, tanto psicológico como físico. Ésta se define como un estado de bienestar mediante el cual una persona puede afrontar situaciones de la vida cotidiana (OMS, 2013). Por su parte, el bienestar psicológico es el esfuerzo que hace el ser humano para desarrollarse y perfeccionarse a sí mismo día a día y alcanzar su potencial con la finalidad de cumplir sus metas y objetivos (Ryff y Keyes, 1995; como se citó en Mayordomo et al., 2016).

Tanto la salud mental como el bienestar psicológico son variables en las que distintos investigadores se han enfocado por la importancia que han adquirido en los últimos años. Pues los problemas relacionados a éstas han ido incrementando. Especialmente en los jóvenes.

En relación a la población joven, los estudiantes universitarios tienen mayor riesgo de involucrarse en conductas que afectan tanto su salud mental como su bienestar, una de éstas es la conducta suicida. Existe un grado de complejidad alto en el ser estudiante, pues se enfrentan a constantes cambios. Esto se puede reflejar en los resultados obtenidos.

Así pues, el presente estudio tuvo como objetivo describir el bienestar psicológico de estudiantes universitarios que han presentado alguna conducta suicida. Si bien el fin principal de esta investigación no es comparar, ni mucho menos buscar relación entre variables, se utilizarán algunos de estos datos para brindar una panorámica más amplia en la descripción del BP de los estudiantes universitarios.

Asimismo, es importante mencionar que los resultados encontrados coinciden con algunos de los reportados por otros estudios. Sin embargo también hay estudios que no concuerdan, pues hay datos en los que difieren. Esto se explicará en los párrafos siguientes.

Ahora bien, es conveniente recordar que la mayoría de los participantes son mujeres (74%). De igual forma la mayor parte de los alumnos mencionó ser heterosexual (70%). Algo interesante es que la mitad de la muestra se encuentra estudiando la Licenciatura en Psicología, una carrera enfocada a la salud mental. Asimismo, más del 50% reportó que se

encuentra estudiando la licenciatura de su elección. Un dato alarmante es que el 52% de los estudiantes solicito apoyo por alguna conducta suicida.

Es decir, más de la mitad de los estudiantes universitarios ha presentado alguna de éstas. Siendo la ideación la que se presenta con más frecuencia. Ahora bien, de los 26 alumnos que reporta tener este tipo de conducta, se encontró que 11 de ellos tienen un bienestar psicológico alto, y más de la mitad tiene un nivel de BP aceptable. Lo que nos dice que el BP no tiene relación con la presencia de alguna de estas conductas, ya que es muy variable. Esto concuerda con los resultados de Santillán et al. (2017), los cuales mencionan que el BP no está asociado a la presencia de este tipo de conductas.

En relación al sexo, coincidimos con los autores en que las mujeres presentan más estas conductas a comparación de los hombres, pues hay que recordar que en el presente la mayor parte de la muestra son mujeres. A pesar de ello, no se encontraron diferencias significativas respecto a la conducta suicida, al igual que en el estudio de estos autores.

En cuanto a la orientación sexual y la opción de carrera, no se encontraron diferencias respecto a la conducta suicida. Pues como ya se dijo antes la mayor parte de la muestra reporta ser heterosexual y estar estudiando la carrera que eligieron. A pesar de ello, aquellos que se encuentran estudiando la licenciatura de su elección muestran conductas suicidas a pesar del nivel de BP alto reportado. Lo mismo sucede con los que están cursando una carrera que no es de su elección, pues los que presentan BP bajo, al igual que los otros, tienen conductas suicidas. Contrario a esto, Santillán et al. (2017) afirman que si existen diferencias en estas dos variables. Por lo que en ese aspecto los resultados se contraponen.

De igual forma, contrario a lo que ellos reportan, en cuestión de la licenciatura encontramos que la carrera que presenta mayor frecuencia de conducta suicida es Psicología, dato alarmante, no solo porque están en formación jóvenes que brindarán servicio a otros, sino también porque es de las principales carreras enfocadas al cuidado de la salud mental de la población. Además de ser en la que se encontró un nivel de BP alto en más de la mitad de los estudiantes. Cabe mencionar que los autores señalan que Biología es la que tiene más conductas asociadas al suicidio, mientras que en el presente es una de las que tiene menor número de casos.

Aunque no se haya identificado diferencia en el BP, las dimensiones del BP y la conducta suicida en relación a la orientación sexual, hay diversos estudios (Tominic et al, 2016; Santos et al, 2017) que afirman que ésta se ha convertido en un factor de riesgo para el desarrollo y presencia de la conducta suicida, pues los casos reportados en esta población han ido en aumento. Cabe mencionar que a pesar de que se han realizado estudios enfocados a la comunidad LGBT, los que reportan más casos por suicidio son los que mencionan ser heterosexuales.

Es importante recordar que la mayor parte de la muestra es heterosexual, de los cuales la mayoría reporta haber asistido a consulta por presentar este tipo de conductas. Un dato relevante es que un gran número de participantes heterosexuales se encuentran en un nivel de BP alto. Al igual que los que señalan ser bisexuales, la mayor cantidad se ubica en un nivel de BP aceptable, sin embargo, son los primeros los que presentan en su mayoría conductas suicidas.

Otro estudio dice que la comunidad LGBT es la que presenta más casos de conductas suicidas en comparación a los heterosexuales (Santos et al, 2017) por las problemáticas a las que se enfrentan como discriminación, violencia y estigma que hay hacia ellos, algo que difiere con los resultados que encontramos. Pero que puede evaluarse nuevamente, ya que son aspectos que también han mostrado tener relación con el desarrollo de éstas conductas.

Según factores como la falta de sueño, rendimiento académico, impulsividad, enfermedades mentales, relaciones interpersonales, problemas económicos, agresividad y orientación sexual, pueden potenciar tanto la ideación como el suicidio. Específicamente hablando de la orientación sexual se dice que cuando en una universidad hay una minoría de población perteneciente a la comunidad LGBT, es más probable que el comportamiento suicida aparezca (Montalvo, 2019). Cabe mencionar que en la muestra solo hubo un estudiante homosexual y presento este tipo de conductas, al igual que algunos que mencionaron ser bisexuales. Aun cuando presentaban niveles de BP alto y moderado.

Si bien el objetivo no es comparar el BP de alumnos con y sin conducta suicida, es importante recalcar que de los 9 alumnos que no la presentan, la mayoría tiene un nivel de BP moderado y alto, y tomando en cuenta lo mencionado anteriormente respecto al nivel de

los alumnos que si la presentan, nos hace pensar que efectivamente el nivel de BP no tiene relación con la presencia de estas conductas.

Pues como se pudo observar en los resultados hay alumnos que comparten el mismo puntaje en el BP y unos presentan conducta suicida mientras que otros no. Incluso se obtuvo que alumnos con presencia de conducta suicida tienen niveles más altos de BP a comparación de los que no las presentan. Lo que nos obliga a suponer que hay variables ajenas al estudio que están contribuyendo al desarrollo de las mismas a pesar de que el BP sea aceptable en la mayoría de los casos.

Coffin et al. (2011), por su parte, afirman que variables como el promedio, el género y la carrera no tienen ninguna relación con el desarrollo ni presencia de la conducta suicida en los estudiantes. Al igual que en el presente, no se encontraron diferencias significativas ni en la variable “sexo” ni en la de “carrera”, en relación a la conducta suicida ni en el BP a pesar de que la mayor parte son mujeres y que la carrera con más casos es Psicología.

Cabe mencionar que el nivel de BP en las mujeres es alto. Mientras que los de Psicología tienen un nivel alto y moderado en su mayoría. Lo que refuerza la idea anterior de que existen variables ajenas al ámbito universitario que están ocasionando que los estudiantes busquen este tipo de conductas como medidas de solución.

En relación a la conducta suicida por carrera, se difiere de lo que reportan. Mientras que ellos afirman que las licenciaturas con mayor nivel de ideación suicida son Biología y Medicina. Aquí se encontró que las dos que tienen mayor número de casos son Psicología y Cirujano Dentista. Siendo Psicología la que presenta los niveles de BP más altos a comparación de las demás carreras. Pues las otras tienen la misma cantidad en nivel alto y bajo, presentando de igual forma conducta suicida en cualquiera de los niveles.

Como ya se mencionó, los resultados muestran que hay alumnos con BP alto y moderado que comparten los mismos puntajes. De igual forma muestran que hay alumnos con y sin conducta suicida que se ubican en el mismo nivel de BP. Estos resultados difieren a lo reportado por Eguiluz y Mera (2015), ya que ellos señalan que entre más alto sea el nivel de BP disminuye la probabilidad del riesgo suicida. Y entre menor sea el nivel de BP, los estudiantes son más vulnerables.

En cuanto a las dimensiones, los autores mencionan que las que tienen puntajes más bajos son “autonomía” y “dominio del entorno”. Cabe mencionar que en el presente solo se encontraron diferencias en la dimensión de “relaciones positivas” siendo mayor en hombres, por lo que en este aspecto no coinciden los resultados. Tampoco coinciden con lo encontrado por Sandoval et al. (2017), pues a comparación de lo obtenido en su estudio, la dimensión de “relaciones positivas” resultó ser la más baja en ambos sexos.

Algo relevante de este estudio, es que todas las carreras de la FESI pertenecen al área de la salud.

De forma general los alumnos que cursan una licenciatura del área de la salud son más propensos a sufrir algún evento relacionado con la conducta suicida, pues mantienen contacto con personas enfermas (Sandoval et al, 2017). Los estudiantes universitarios de esta área son más susceptibles al riesgo suicida y a la depresión, ya que se enfrentan a factores considerados de riesgo como la intranquilidad, el miedo, trastornos del sueño, entre otros (Solís et al, 2018). Es importante que profesionistas en formación específicamente del área de la salud se encuentren en óptimas condiciones al momento de atender a otros, pues de ésta forma no solo se estarán ayudando a ellos, sino también a las personas que reciben el servicio.

Continuando con lo encontrado, Solís et al. (2018) coinciden en que no existen diferencias significativas entre los alumnos con conducta suicida y los alumnos que no la presentan. Asimismo, afirman que las mujeres son las que más riesgo tienen, al igual que en nuestros resultados.

Aquí es importante recalcar que si bien en nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas en el BP de los alumnos con y sin conducta suicida, es preocupante ver que más de la mitad de los alumnos que se están preparando para brindar atención a otros presenten este tipo de conductas.

En cuanto a las dimensiones de BP, los autores señalan que la de “auto-aceptación” y “dominio del entorno” pueden fungir como factores protectores de la conducta suicida. Como ya se mencionó, esto difiere de nuestros resultados, pues no se encontraron diferencias ni en las dimensiones ni en el BP general.

A pesar de solo encontrarse diferencias en la dimensión de “relaciones positivas”, no quiere decir que en las demás dimensiones no existan. En los resultados no se visualizan, sin embargo en el puntaje de cada caso sí. Y son las mujeres las que tienen un puntaje más alto en cada una de las dimensiones de BP. Según estudios (Del Valle et al, 2015) efectivamente las mujeres muestran puntajes más altos de BP a comparación de los hombres, especialmente en las dimensiones “propósito en la vida”, “relaciones positivas” y “crecimiento personal”. Por el contrario a los hombres, que muestran puntajes altos en las dimensiones que tienen que ver con “autonomía” y “auto-aceptación”.

En relación a lo encontrado se ha reportado que factores como el sexo, además de edad, lugar de residencia y autolesiones son los principales que influyen en la conducta suicida de los universitarios. Según las investigaciones las mujeres son más susceptibles a cometer alguna conducta suicida, pues por cada hombre, tres mujeres intentan alguna de éstas (González et al, 2016; Marino et al, 2018).

Retomando el BP y licenciatura, se encontró que los alumnos pertenecientes a las carreras de Psicología, Cirujano Dentista y Médico Cirujano son las que suelen buscar ayuda o atención de emergencias psicológicas. Cabe destacar que en ese orden es como se presentan los números de casos de conducta suicida, siendo Psicología la que encabeza la lista.

Específicamente hablando de Psicología, se puede decir que son los alumnos con más riesgo de sufrir alguna conducta suicida por estar en constante contacto con personas con dificultades emocionales. Además de enfrentarse a variables como la ansiedad, desesperanza, dificultades interpersonales y familiares, falta de red de apoyo, falta de autocontrol, falta de recursos afectivos, manejo incorrecto de las emociones. Y aunado a las exigencias académicas, el ser universitario se ha convertido en un riesgo para la aparición del comportamiento suicida pues según estudios, uno de cada diez universitarios reporta haber intentado quitarse la vida, mientras que otros mencionan haber pensado en ésta opción (Domínguez et al, 2016; Marino et al, 2018; Vélez et al, 2019).

Ahora bien, en cuanto a la carrera de Médico Cirujano, por dar otro un ejemplo, autores (Barros et al, 2020) señalan que es una de las licenciaturas más exigentes, pues conlleva diversos retos como la exigencia académica, ambientes competitivos, además del constante contacto con personas enfermas y terminales, lo que puede desencadenar

problemas de salud mental. Ya que de acuerdo a lo que encontraron, 22% de los estudiantes ha reportado ideación, mientras que el 11% ha tenido un intento. Si bien en el presente no se encontraron diferencias significativas, esta es una de las carreras que ocupa los primeros tres lugares con casos relacionados a estas conductas.

Al igual que en los estudios mencionados anteriormente, éstos resultados discrepan de lo expuesto por Eguiluz et al. (2016). Ellos mencionan que las licenciaturas que presentan mayor porcentaje de conducta suicida son Enfermería, Médico Cirujano, Cirujano Dentista y Psicología, en ese orden. Si bien se concuerda en tres de las carreras, es diferente el orden en el que se presentan, lo que supone que hay variables o factores que están haciendo que los porcentajes se modifiquen, ocasionando que Psicología pase de ser la carrera de menor número de casos en 2016 a la de mayor presencia de casos en el presente año, por mencionar un ejemplo. Pues como se puede observar todas las carreras se han movido de lugar.

En relación al BP, los autores señalan, al igual que los anteriores, que entre mayor sea el nivel de éste, los estudiantes tienen menor riesgo. Hay que señalar que en el presente no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el BP general ni en las dimensiones del BP de los alumnos de las distintas licenciaturas de la FESI, así como tampoco en la conducta suicida. Mucho menos en los que se encuentran estudiando la licenciatura de su elección. Pues como se observa en los resultados, el BP es mayor en los alumnos con y sin conducta suicida independientemente de las variables expuestas.

Si bien aquí no se evaluó el rendimiento académico, este se relaciona directamente con la carrera que los alumnos están cursando. Según Barrera et al. (2019) el rendimiento académico está íntimamente relacionado con 5 de las dimensiones del BP. La única con la que no se encontró relación es con la de “autonomía”. Se podría suponer que el rendimiento académico podría llegar a depender de la licenciatura que se esté cursando, lo que a su vez puede modificar los niveles de BP.

Como se mencionó el rendimiento académico no fue un factor que se tomó en cuenta, lo que se dijo anteriormente son meras suposiciones. Sin embargo, sí se apoya la idea de que conocer el BP que presentan los estudiantes puede ayudar a crear programas de afrontamiento para incrementar los niveles de los alumnos.

Por otro lado, estudios señalan que hay estudiantes que afirman que la conducta suicida es justificable cuando hay sentimiento de fracaso, desesperanza, frustración, percepción de baja eficacia, ausencia de autoconfianza y falta de satisfacción vital (Siabato y Salamanca, 2015), que si bien no son las dimensiones del BP, son factores que se evalúan dentro de estas y que por tanto pueden repercutir o afectar el BP de los estudiantes universitarios. Tal como se refleja en los puntajes obtenidos de cada uno de los participantes del presente estudio. Hay que recalcar que pese a lo que se esté viviendo o experimentando, la conducta suicida no es justificable de ninguna forma.

Finalmente, los resultados muestran que la conducta suicida puede presentarse o no y que el nivel de BP puede ser el mismo independientemente del sexo, orientación sexual, licenciatura u opción de la misma. Incluso puede ser el mismo aun presentando o no conductas suicidas.

Contrario a esto, y como se ha venido diciendo, investigaciones (Hidalgo et al, 2019) afirman que tanto el BP como la calidad de vida se relacionan con el desarrollo y presencia de comportamientos suicidas, hablando específicamente de la población universitaria de este país. De igual forma, el BP y la calidad de vida juegan un papel importante como predictor de bienestar social y de salud mental en particular, ayudando a su vez a tener un buen desarrollo educativo y aportando beneficios a la salud mental y reduciendo conductas de riesgo como las ya mencionadas (Moreta et al, 2017). Algo que en el presente no se ve reflejado.

A pesar de lo encontrado, autores como García (2014) mencionan que el bienestar psicológico y la calidad de vida son aspectos imprescindibles en la vida de una persona. Si bien no se encontró relación entre el bienestar psicológico y la presencia de alguna conducta suicida y que el BP puede ser igual tanto en alumnos con y sin esta conducta. El autor señala que éste influye de forma positiva, ya que el gozar de bienestar psicológico reduce la posibilidad de involucrarse en diversas conductas de riesgo, entre ellas la conducta suicida.

Además de esto, el autor afirma que si se conoce el impacto que tiene el bienestar psicológico en la salud de una persona, entonces se pueden desarrollar programas de intervención para motivar, en este caso a los estudiantes a mejorar aspectos que contribuyan a mejorar la salud mental y física.

Al igual que los anteriores, diversos autores (Sosa et al, 2018; Cabrera et al, 2019) hacen hincapié en la importancia de implementar este tipo de programas. Aunado a esto, el aplicar estrategias como sensibilizar a los estudiantes de ésta área a tratar con pacientes con estas conductas e invitarlos a concientizar sobre la importancia de pedir ayuda para ellos mismos, pueden ser acciones que hagan la diferencia (Astres et al, 2019).

Así como se vio en el presente estudio, más de la mitad de la muestra presenta conductas suicidas, se concuerda con lo mencionado anteriormente referente a que es frecuente que los universitarios padezcan trastornos psicológicos como la depresión, ansiedad y malestar psicológico. Mismos en su mayoría no son tratados y afectan el bienestar psicológico.

Por lo anterior, es de suma importancia reafirmar que este tipo de programas, como ESPORA y CREAS han hecho posible la atención de dificultades de esta índole con la finalidad de brindar apoyo a los estudiantes. Cabe destacar que los creadores del Programa ESPORA han reportado resultados positivos en relación a la salud mental de los universitarios, por lo que valdría la pena implementar estos programas en las distintas instituciones dedicadas a la formación de profesionistas.

La universidad es una etapa en la que los jóvenes experimentan cambios grandes. Tienden a modificarse aspectos psicológicos, físicos, familiares y económicos. La importancia de encontrar factores que protejan a la comunidad universitaria de conductas relacionadas con el suicidio radica en implementar acciones que conlleven al bienestar del estudiante. Acciones como generar buenos hábitos de salud física y mental.

Tanto el alumno como la institución deben comprometerse con la salud del estudiante brindándoles herramientas para que se desarrolle de forma óptima dentro de las instalaciones universitarias, tales herramientas pueden ser estrategias como técnicas de afrontamiento, incremento de autoestima, mejorar relaciones interpersonales, manejo de emociones (Garzón, 2019). En relación a esto se puede afirmar que la FESI es una institución que cuenta con programas destinados al apoyo de la comunidad estudiantil, entre ellos el CREAS.

6. CONCLUSIONES

El Bienestar Psicológico es un factor prioritario en la vida de los jóvenes. A pesar de ser un factor variado y que no muestra tener relación con la prevención de la conducta suicida, es un punto clave para incrementar la calidad de vida de las personas según lo que argumentan diversos autores.

Si bien no ayuda a prevenir directamente la conducta suicida de los estudiantes, el evaluarlo nos brinda una panorámica más amplia de la salud mental que presentan los alumnos. Identificando áreas o dimensiones que necesita desarrollar. De forma que se construyan programas de intervención con la finalidad o el objetivo de darles apoyo durante su formación y prevenir que la comunidad universitaria se involucre en conductas de riesgo, tales como la conducta suicida o que no ejerzan con ética su profesión.

Las mujeres reportan ser más vulnerables ante conductas de riesgo como la conducta suicida. Es una población en la que se debe poner foco, pues la mayor parte de la muestra son mujeres, mismas que a pesar de tener un BP alto, reportaron este tipo de conductas. Aun así, aunque los hombres sean minoría deben evaluarse de igual forma, ya que si bien son menos, no están exentos de experimentar conductas relacionadas.

A pesar de que los participantes muestran conductas suicidas aun presentando un BP alto, no se debe de dejar evaluar el BP de los jóvenes, pues es el que nos brinda un panorama de cómo se encuentra el participante en relación al bienestar psicológico en sus distintas áreas, mismas de las que se puede partir para trabajar.

En cuanto a la orientación sexual, es importante hacer investigaciones enfocadas exclusivamente a este tema. Como se puede notar algunos estudios mencionan que las personas pertenecientes a la comunidad LGBT tienden a exponerse más a conductas suicidas por las experiencias de discriminación y demás que pasan. Sin embargo, otros mencionan que son las personas heterosexuales las que se involucran en estas conductas. En el presente se encontró que no existen diferencias, pues los distintos grupos mostraron tener alguna de las conductas suicidas. A pesar de ello, es importante hacer estudios enfocados solo en esta variable para tener más claro la influencia que puede tener en el BP y la conducta suicida.

Ahora bien, sobre la licenciatura es importante señalar que más de la mitad de los alumnos, como ya se sabe, están cursando la carrera de su elección. La mayoría de ellos reporto tener un BP alto y moderado. A pesar de ello, los universitarios que presentan con mayor frecuencia este tipo de conductas son Psicología, Cirujano Dentista y Médico cirujano, es ese orden. Es importante señalarlo ya que esto nos dice que hay variables ajenas al estudio que se están encargando de modificar la ocurrencia de estas conductas respecto a la carrera.

En resumen, se encontró que el BP varía de alumno en alumno. También se encontró que no importa si el BP es elevado, alto, moderado o bajo, los estudiantes pueden involucrarse en estas conductas aun teniendo un nivel de BP aceptable. Incluso se encontró que los que presentan conducta suicida tienen un nivel de BP mayor a los que no la presentan. O alumnos que tienen el BP bajo y no las desarrollan. De igual forma hay alumnos que tienen un mismo nivel de BP y unos presentan conducta suicida y otros no. Por lo que las variables aquí estudiadas y descritas no tienen relación con el BP general, puede que la tengan con las dimensiones de este por individual, pero es algo que no se visualiza del todo en los resultados.

Lo anterior refleja la importancia de realizar más investigaciones enfocadas al estudio de las variables relacionadas con el BP y con la aparición de la conducta suicida. Ya se sabe cómo es el BP de los universitarios de las distintas carreras con y sin conducta suicida. Asimismo se sabe que no existen diferencias ni el BP general ni en el BP por dimensión de acuerdo a las variables descritas.

Entonces valdría la pena preguntarse, ¿por qué si las mujeres son las que presentan mayor nivel de BP son las que presentan mayor número de casos de la conducta suicida? ¿Por qué los estudiantes de Psicología presentan más este tipo de conductas ahora si antes las presentaban en menor grado? ¿Qué ha cambiado o que están experimentando los estudiantes fuera de la universidad para que se involucren con esta conducta? ¿Qué es lo que hace que más de la mitad de la muestra padezca alguna conducta suicida?

Así como éstas hay muchas preguntas que surgen a partir de lo encontrado. Es por ello que para futuras investigaciones se sugiere indagar sobre otras posibles variables que puedan estar involucradas en el desarrollo y aparición de la conducta suicida, tanto variables dentro de la universidad como fuera de ésta.

Además de lo anterior, se recomienda hacer un estudio en el que se evalúe la relación existente entre el BP y la conducta suicida en una muestra más amplia con la finalidad de conocer con certeza que tanto puede ayudar el BP a prevenir el desarrollo de este tipo de conductas. De igual forma, es imprescindible realizar programas de intervención enfocados a la atención específica de estas conductas, como lo es el CREAS y ESPORA, y de ser posible se incluya en todas las universidades como método de apoyo y prevención del estudiante.

Aunado a lo ya mencionado, se propone desarrollar programas que incluyan la atención de los distintos trastornos psicológicos y emocionales para que el alumno reciba el apoyo necesario y se desenvuelva de manera óptima como profesionista. No hay que olvidar que los alumnos mantienen constante contacto con personas enfermas. Por lo que también se plantea la posibilidad de incluir las Escalas de Ryff a la evaluación de primer contacto con los alumnos con la finalidad de conocer su BP y partir de las dimensiones con puntajes más bajas para trabajar esas áreas y disminuir las conductas de riesgo de la comunidad universitaria. Si bien no se encontró tener relación, hay estudios que en su mayoría mencionan que el BP funciona como factor protector y preventivo de la conducta suicida. Por lo que sería interesante evaluar si esto es posible.

Otra propuesta es realizar investigaciones enfocadas al tratamiento de esta conducta mediante el desarrollo de las dimensiones más bajas del BP en conjunto con la TCC, con el objetivo de conocer si el BP puede fungir como factor clave en la recuperación de los alumnos, es decir, en la disminución de la conducta suicida.

Finalmente no hay que olvidar que los universitarios experimentan cambios importantes durante el transcurso de su carrera. Pues se enfrentan a situaciones, que en la mayoría son de primera vez, como vivir solo, buscar un hogar lejos de la familia, carencia económica, convivencia con personas nuevas, adaptación al cambio, incremento de responsabilidades, presión académica, exigencias propias de la carrera, interacción constante con otras personas, falta de red de apoyo, ambientes competitivos, entre otros.

El ser universitario requiere de muchas fortalezas pues se experimentan cambios constantes. Por ello la importancia de contar con programas de apoyo y de realizar investigaciones para conocer si el BP puede ayudar en la prevención y tratamiento de la

conducta suicida. Partiendo de la descripción realizada, pues ya se conoce un poco de cómo se está presentado el BP en los estudiantes universitarios con conducta suicida.

REFERENCIAS

- Amador, G. (2015). Suicidio: consideraciones históricas. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 91-98. Recuperado de www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012
- Arana, J., Meilán, J. y Pérez, E. (2006). El concepto de psicología. Entre la diversidad conceptual y la conveniencia de unificación. Apreciaciones desde la epistemología. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(1), 111-142. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80280107>
- Arias, W. (2015). Carl R. Rogers y la Terapia Centrada en el cliente. *Avances en Psicología*, 23(2), 141-148. doi: <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2015.v23n2.158>
- Asociación Americana de Psiquiatría-APA (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Astres, M., Soares, J., Da Conceicao, C., Silva, A., Soares-Monteiro, E., Castelo, A. y De Sousa, A. (2019). Prevención del suicidio: concepción de estudiantes universitarios. *Enfermería Universitaria*, 16(4), 414-423. Recuperado de <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.622>
- Barrera, L., Sotelo, M., Barrera Hernández, R. y Aceves, J. (2019). Bienestar Psicológico y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 1(2), 244-251. Recuperado de <https://revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/42/33>
- Barros, S., Arias, L. y Catañeda, C. (2020). Conducta suicida en estudiantes de medicina. *Revista Médica Vallejana*, 9(1), 11-12. doi: <https://doi.org/10.18050/revistamedicavallejana.v9i1.2479>
- Bedoya, E. y Montaña, L. (2016). Suicidio y trastorno mental. *Revista CES Psicología*, 9(2), 179-201. doi: <http://dx.doi.org/10.21615/cesp.9.2.12>
- Blandón, O., Andrade, J., Quintero, H., García, J. y Layne, B. (2015). *El suicidio: Cuatro perspectivas*. Colombia: FUNLAM. Recuperado de

- <http://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/ebook/2015/El-suicidio-cuatro-perspectivas.pdf>
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304. Recuperado de www.redalyc.org/articulo.oa?id=10617416005
- Cabrera, C., Caldas, J., Rivera, D. y Carrillo, S. (2019). Diseño del programa de bienestar psicológico de educación en salud online “Florece” para contextos universitarios. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(5), 533-539. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/339024152_Disenio_del_programa_de_bienestar_psicologico_de_educacion_en_salud_online_Florece_para_contextos_universitarios
- 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). Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/28911>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos-CNDH (Noviembre, 2014). *Primeros Auxilios Psicológicos. Programa de atención a víctimas* [Folleto]. México: CNDH.
- Corona, B., Hernández, M. y García, R. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 90-100. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180444213011>
- Correa, A., Cuevas, M. y Villaseñor, M. (2016). Bienestar psicológico, metas y rendimiento académico. *Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 19(1), 29-34. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71267>
- Correa, K., Herazo, N., Sepúlveda, S. y Yepes, L. (2018). *Primeros Auxilios Psicológicos. Intervención en crisis (P.A.P.)* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://repository.ucc.edu.co/handle/ucc/7107>

- Cortés, P. y Figueroa, R. (2015). *Manual ABCDE para la aplicación de primeros auxilios psicológicos. En crisis individuales y colectivas*. Centro Nacional de Investigación para la Gestión Integrada de Desastres Naturales-CIGIDEN. Chile: CIGIDEN. Recuperado de https://www.preventionweb.net/files/59897_auxiliar.pdf
- Daray, F., Grendas, L. y Rebok, F. (2016). Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 73(3), 205-211. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/12457/15367>
- Del Valle, M., Hormaechea, F. y Urquijo, S. (2015). El bienestar psicológico: Diferencias según sexo en estudiantes universitarios y diferencias con población general. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 7(3), 6-13. doi: <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v7.n3.10723>
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I. Valle, C. y Dierendonck, van D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718337>
- Diccionario de la Real Academia Española-DRAE (2000). *Suicidio*. México: Editorial Ultra.
- Domínguez, D., Hermosillo, A. y Vacio, M. (2016). Efecto de los factores de protección y de riesgo sobre el comportamiento suicida en estudiantes de Psicología. *Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*, 24(69), 73-80. doi: <https://doi.org/10.33064/iycuaa2016691873>
- Durkheim, E. (Trad. 2011). *El suicidio* (Primera Ed.) México: Editorial Fontamara.
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117-126. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Eguiluz, L. (2010). *¿Qué podemos hacer para evitar el suicidio?* México: Editorial Pax.
- Eguiluz, L., Córdova, M. y Rosales, J. (2010). *Ante el suicidio. Su comprensión y tratamiento*. México: Editorial Pax.

- Eguiluz, L. y Mera, J. (2015). Medición del riesgo suicida, bienestar psicológico y estructura familiar en estudiantes de la salud. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20(1), 96-101. doi: 10.15381/rinvp.v17i1.8971
- Eguiluz, L., Ortiz, A. y Illarramendi, C. (2016). El riesgo de suicidio en los jóvenes y su relación con otras variables. En Zicavo, N. (Ed.), *Parentalidad y Divorcio (Des) Encuentros en la familia Latinoamericana* (pp. 241-269). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/307855140_PARENTALIDAD_Y_DIVORCIO_DES_ENCUENTROS_EN_LA_FAMILIA_LATINOAMERICANA
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos-EFPA (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-10. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808501>
- Figuerola, R., Cortés, P., Accatino, L. y Sorensen, R. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista Médica de Chile*, 144(5), 643-655. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500013>
- García, J. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *En-Claves del Pensamiento*, 8(16), 13-29. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-879X2014000200013&script=sci_arttext
- Garzón, V. (2019). *Factores de riesgo y protección asociados a la salud mental de los estudiantes universitarios* (Trabajo de fin de grado). Recuperado de <http://bibliotecadigital.usb.edu.co>
- González, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina, M., Fleiz, C., Bermúdez, P. y Amador, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25(6), 1-12. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58262501>
- González, P., Medina, O. y Ortiz, J. (2016). Riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de Psicología en una Universidad pública de Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 136-146. Recuperado de <http://scielo.sld.cu>

- Hermosillo de la Torre, 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. doi:10.15174/au.2015.900
- Hernández, H. y Flores, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de Población*, 17(68), 70-101. Recuperado de www.redalyc.org/articulo.oa?id=11219270004
- Hernández, I. y Gutiérrez, L. (2014). *Manual básico de Primeros Auxilios Psicológicos*. Centro Universitario de Ciencias de la Salud-CUCS. Guadalajara: CUCS. Recuperado de <https://www.bing.com/search?q=manual+basico+de+primeros+auxilios+psicologicos&form=PRMXES&httpsmsn=1&refig=b862268aa8844b0d94dabfea22ee1340&ssp=-1&pq=manual+basico+de+primeros+auxilios+psicologicos&sc=0-42&qsn=&sk=&cvid=b862268aa8844b0d94dabfea22ee1340>
- Hidalgo, C., Chávez, Y., Yanez, L. y Muñoz, S. (2019). Comportamientos de riesgo de suicidio y calidad de vida relacionada con la salud de los estudiantes que ingresaron a una universidad mexicana. *Ciencia y Saúde Coletiva*, 24(10), 3763-3772. doi: 10.1590/1413-812320182410.26732017
- Instituto Mexicano del Seguro Social-IMSS (2014). *Depresión en el adulto mayor*. México: IMSS. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI (2014). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas de Edad*. México: INEGI. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2014/adultos0.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI (2016). *Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio (10 de Septiembre)*. Aguascalientes: INEGI. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/saladeprensa/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI (2018). *Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio (datos nacionales)*. México: INEGI.

- Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/.../2018/suicidios2018_Nal.pdf
- James, W. (1989). El campo de la Psicología. En *Principios de Psicología* (pp. 5-12). México: Fondo de Cultura Económica.
- Jiménez, R. y Cardiel, L. (2013). El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. *Papeles de Población*, 19(77), 205-229. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11228794009>
- Lupano, M. y Castro, A. (2010). Psicología positiva: Análisis desde su surgimiento. *Ciencias Psicológicas*, 4(1), 43-56. doi: 10.22235/cp.v4i1.110
- Maidana, S. (2016). La idea de muerte en la antropología de David Hume. *Pensamiento. Papeles de filosofía*, 2(3), 15-29. Recuperado de <http://revistapensamiento.uaemex.mx/article/view/4368>
- Marino, C., Jiménez, M. y Pérez, C. (2018). Perfil de estudiantes universitarios/as que han tenido intentos suicidas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 29(2), 364-375. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6773572>
- Martorell, J. (2014). Psicoterapias cognitivas. En *Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos* (pp. 67-77). Madrid: Pirámide.
- Maslow, A. (2007). *El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del ser*. Barcelona: Kairós.
- Mayer, P., Morales, N., Figueroa, G. y Ulloa, R. (2016). Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad social. *Salud Pública de México*, 58(3), 335-336. doi: <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i3.7893>
- Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E. y Meléndez, J. (2016). Bienestar psicológico en función de la etapa de vida, el sexo y su interacción. *Pensamiento Psicológico*, 14(2), 101-112. doi: 10.11144/Javerianacali.PPSI14-2.bpfe

- Meinchenbaum, D. (1988). Terapias cognitivo conductuales. En Linn, S. J. y Garske. *Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos* (pp. 331-361). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Meza, J. (2016). *Manual de entrenamiento para psicólogos del programa: crisis, emergencias y atención al suicidio (CREAS)*. México: CREAS. Recuperado de correo electrónico cursos.creasunam@gmail.com
- Ministerio de Salud de la Nación de Argentina (2018). *Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes*. Argentina: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Recuperado de [www.msal.gob.ar › images › stories › bes › graficos › 0000000879cnt-20..](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000879cnt-20..)
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Recuperado de http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/apartado01/introduccion.html
- Montalvo, L. (2019). *El suicidio en jóvenes estudiantes universitarios* (Trabajo de fin de grado). Recuperado de <https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjGy7mi5fPsAhXSB50JHb0hAuIQFjAAegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fcore.ac.uk%2Fdownload%2Fpdf%2F250406703.pdf&usg=AOvVaw2dcx3KfoiwGGxmWp6vaE7R>
- Montes de Oca, L. y Rodríguez, D. (2019). Factores de riesgo y protección del suicidio en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 29(2), 187-194. Recuperado de psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/2585/4477
- Montoya, D., Castaño, N. y Moreno, N. (2016). Enfrentando la ausencia de los padres: Recursos psicosociales y construcción de bienestar. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 7(1), 181-200. DOI: 10.21501/22161201.1274
- Moreta, R., Gabior, I. y Barrera, L. (2017). El bienestar psicológico y la satisfacción con la vida como predictores del bienestar social en una muestra de universitarios

- ecuatorianos. *Salud y Sociedad*, 8(2), 172-184. doi: 10.22199/S07187475.2017.0002.00005
- Muñoz, C., Restrepo, D. y Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Revista Panam Salud Pública*, 39(3), 166-173. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2016.v39n3/166-173/pt/>
- Nieto, R., Iribarne, C., Droguett, M., Brucher, R., Fuentes, C. y Oliva, P. (2017) Urgencias Psiquiátricas en el Hospital General. *Revista Médica Clínica Condes*, 28(6), 914-922. doi: 10.1016/j.rmclc.2017.09.004
- Organización Mundial de la Salud-OMS (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
- Organización Mundial de la Salud-OMS (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. Ginebra: OMS. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/es/
- Organización Mundial de la Salud-OMS (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. México: OMS. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud-OMS (2018). *Suicidio*. México: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Panamericana de la Salud-OPS (2017). *Día Mundial para la Prevención del Suicidio 2017: Tómame un minuto, cambia una vida*. México: OPS. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13540:world-suicide-prevention-day-2017&Itemid=42406&lang=es
- Palomo, T. y Jiménez, M. (Eds.) (2009). *Manual de Psiquiatría*. Madrid: ENE Life Publicidad.
- Platas, E., Méndez, A., Pérez, G. y López, L. (2018). Registro de intentos suicidas en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Gaceta Médica Bilbao*, 115(3), 105-111. Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/328583287_Registro_de_intentos_suicidas_en_el_IMSS

- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brower.
- Sánchez, F., Serrano, R. y Márquez, M. (2015). Suicidios en menores de 20 años. México 1998-2011. *Salud Mental*, 38(5), 379-389. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.051
- Sandoval, S., Dorner, A. y Véliz, A. (2017). Bienestar psicológico en estudiantes de carreras de la salud. *Investigación en Educación Médica*, 6(24), 260-266. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.004>
- Sanjuan, P. y Ávila, M. (2016). Afrontamiento y motivación como predictores del bienestar subjetivo y psicológico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(1), 1-10. doi: 10.5944/rppc.vol.21.num.1.2016.15401
- Santillán, C. (s.f.). *Estrategia CRISIS, EMERGENCIAS Y ATENCIÓN AL SUICIDIO. Entrenamiento para la atención de emergencias psicológicas* [Diapositivas de Power Point]. Recuperado de correo electrónico cursos.creasunam@gmail.com
- Santillán, C. (8 de septiembre de 2016). De jóvenes, más de 40% de suicidios en México. *GACETA UNAM*, p.9.
- Santillán, C., Chávez, E., García, H., Meza, A., Flores, O. y Valle, S. (2019). Atención de emergencias psicológicas a estudiantes de las carreras de salud en la UNAM FESI. En Valdez S., R. y Arenas M., L. (Eds.), *Simplemente quería desaparecer... Aproximaciones a la conducta suicida de adolescentes en México* (pp. 171-182). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Santillán, C., Espinosa, V., Sandoval, O. y Eguiluz, L. (2017). Bienestar psicológico, conductas asociadas al suicidio y el desempeño académico en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(3), 1125-1150. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/view/bibliuned:Psicopat-2016-21-1-5000>

- Santos, H., Marcon, S., Espinosa, M., Baptista, M. y Paulo, P. (2017). Factores asociados a la presencia de ideación suicida entre universitarios. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 1-8. doi: 10.1590/1518-8345.1592.2878
- Servicios de Atención Psiquiátrica-SAP (2017). *Guía práctica para la atención del paciente con conducta suicida en hospitales generales*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/sap/documentos/guia-practica-para-la-atencion-del-paciente-con-conducta-suicida-en-hospitales-generales>
- Siabato, E. y Salamanca, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia: avances de la disciplina*, 9(1), 71-81. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-23862015000100006&script=sci_abstract&tlng=es
- Solís, P., Meda, R., Moreno, B. y Palomera, A. (2018). Depresión e ideación suicida: variables asociadas al riesgo y protección en universitarios mexicanos. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 11(1), 11-22. doi: <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.111104>
- Sosa, J., Romero, M., Blum, B., Zarco, V. y Medina-Mora, M. (2018). Programa de orientación y atención psicológica para jóvenes universitarios de la UNAM: características de la población que solicita sus servicios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(2), 451-477. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/65284>
- Tarragona, M. (2016). El estudio científico del bienestar psicológico. En Gaxiola, J. y Palomar, J. (Eds.), *El bienestar psicológico. Una mirada desde Latinoamérica* (pp.12-30). México: Qartuppi.
- Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., Aguayo, F., Rosenbaum, C., Leyton, F. y Lagazzi, I. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista Médica Chile*, 144(6), 723-733. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600006>

- Toro, R., Grajales, F. y Sarmiento, J. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 16(4), 473-486. doi: 10.5294/aqui.2016.16.4.6
- Valenzuela, J. (2016). Bienestar psicológico en una muestra de estudiantes universitarios mexicanos. *Revista de Estudios Clínicos e Investigación Psicológica*, 6(11), 40-53. doi: 10.36793/psicumex.v5i2.278
- Vallejo, J. (2011). Introducción (I). Psicopatología, psiquiatría y enfermedad mental. Tendencias en la Psiquiatría actual. En *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría* (pp. 14-45). España: MASSON.
- Van Heeringen, K. (2001). The suicidal process and related concepts. *Understanding suicidal behavior. The suicidal process: Approach to research treatment and prevention*. England: John Wiley & Sons Ltd.
- 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. doi: 10.15174/au.2015.855
- Vélez, D., Maldonado, N. y Rivera, C. (2017). Espectro del suicidio en jóvenes universitarios en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(1), 34-44. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233255999003>
- Vielma, J. y Alonso, L. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. *Educere*, 14(49), 265-275. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35617102003>
- Witt, A. (Noviembre, 2018). Las conductas asociadas al suicidio, la perspectiva desde la psiquiatría. En Santillán, C. (Supervisora académica del CREAS). *Curso "Entrenamiento para la atención de emergencias psicológicas"*. Curso llevado a cabo en FESI UNAM, México. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=d4nymhaSTfU&list=PLiNCNS6X5VKW32SdVnTibmzYPjdQkGf4U>

ANEXO 1

| ESCALAS DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF |
|---|
| 1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas |
| 2. <i>A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones</i> |
| 3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente |
| 4. <i>Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida</i> |
| 5. <i>Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga</i> |
| 6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad |
| 7. En general, me siento positivo y seguro conmigo mismo |
| 8. <i>No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar</i> |
| 9. <i>Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí</i> |
| 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 me propuse para mí mismo |
| 13. <i>Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría</i> |
| 14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas |
| 15. <i>Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones</i> |
| 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. <i>Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo</i> |
| 21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general |
| 22. <i>Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen</i> |
| 23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida |
| 24. En general, son el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo |
| 25. <i>En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida</i> |
| 26. <i>No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza</i> |
| 27. <i>Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos</i> |
| 28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria |
| 29. <i>No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida</i> |
| 30. <i>Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida</i> |
| 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. <i>A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo</i> |
| 34. <i>No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está</i> |
| 35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo |
| 36. <i>Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona</i> |

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

Auto aceptación: Ítems 1, 7, 13, 19, 25 y 31.
 Relaciones positivas: Ítems 2, 8, 14, 20, 26 y 32.
 Autonomía: Ítems 3,4, 9, 10, 15, 21, 27 y 33.
 Dominio del entorno: Ítems 5, 11, 16, 22, 28 y 39.
 Crecimiento personal: Ítems 24, 30, 34, 35, 36, 37 y 38.
 Propósito en la vida: Ítems 6, 12, 17, 18, 23 y 29.

Los ítems inversos se presentan en letra cursiva.

GRADO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO

| RANGO | NIVEL BP |
|---|-----------------|
| >176 puntos | BP Elevado |
| 141-175 puntos | BP Alto |
| 117-140 puntos | BP Moderado |
| <116 puntos | BP Bajo |
| Puntaje Máximo Total: 234 puntos | |