



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Riesgo suicida y variables relacionadas en hombres universitarios de la FES Aragón"

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

María Irene Martínez Quintero

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

Dictaminadores: Mtro. **Roberto Miguel Corona**

Lic. **Cristopher Tamayo Herrera**



Facultad de Estudios Superiores
IZTACALA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Resumen

El riesgo suicida es la probabilidad que tiene una persona de quitarse la vida, el nivel de riesgo está dado a partir de las conductas suicidas y factores sociodemográficos y/o clínicos negativos de la persona, a mayor afectación de ellos mayor riesgo. Actualmente el suicidio es una de las principales causas de muerte en jóvenes de 15 a 29 años, teniendo mayor afectación en el grupo masculino a nivel mundial, aunado a esto sólo algunos son los estudios que se enfocan en conocer las variables directamente asociadas a este grupo, por tanto, el objetivo de esta tesis fue conocer si existía relación entre el riesgo suicida y las variables de masculinidad hegemónica, desregulación emocional, familia, estrés académico y depresión en una población universitaria. En el estudio participaron 33 hombres pertenecientes a la FES Aragón que asistieron al servicio de acompañamiento psicológico que brinda la facultad, mismos que contestaron la escala RS, el inventario IMAFE, la escala DERS-E, la escala E.R.I, el inventario SISCO-21, el cuestionario PHQ-9 y la entrevista MINI. Con los resultados obtenidos de la muestra se concluyó que sí existe relación entre el riesgo suicida y la mayoría de las variables, exceptuando únicamente a la masculinidad hegemónica. Consecuentemente con estos resultados se desprende que la creación de planes de prevención que aborden dichas variables y estén dirigidos específicamente al grupo masculino, pueden contribuir a que disminuya el riesgo suicida en hombres jóvenes universitarios.

Palabras clave: riesgo suicida, conductas suicidas, hombres, desregulación emocional, familia, estrés académico, depresión

Dedicatoria

A ti mamá que pese a las circunstancias estas cerca y me apoyas en cada momento. Sabes que te amo y sabes cuan significan para mí esas palabras.

A mi hermano y a mi padre, que desde su cariño han estado cerca durante este proceso.

A mis amigos que han visto por mi durante todo este camino.

A los jóvenes que ya no están a causa del suicidio.

Agradecimientos

A todo aquel que me acompañó en este proceso, aguantando mis malos ratos y apoyándome cuando más los necesitaba. Agradezco la dedicación y amor que me brindaron, así como las palabras de aliento que me motivaron a terminar este proyecto que, conforme avanzaban los meses, consideré difícil de conseguir.

A mi directora de Tesis, doctora Santillán, por su comprensión en cuanto a los tiempos que tardé en realizar este proyecto, y por cada una de las correcciones y palabras de ánimo que me brindó.

Al profesor Tamayo, quien me hizo ver los errores que estaba cometiendo y me apoyó en cada duda que me surgió en los detalles finales de este proyecto.

Al maestro Miguel, quien me apoyó en las dudas que surgieron durante la realización de este trabajo.

A cada participante, que aceptó ser parte de esta investigación y, que con ello logre tener un acercamiento más profundo a este fenómeno, aumentando mi interés y amor por el tema y la carrera.

A la universidad, principalmente a la FESI, que me abrió sus puertas y me preparó para este momento, me dio un segundo hogar y la oportunidad de acercarme a otras personas que me han construido.

Y finalmente a mí misma, por no rendirme, y por avanzar día con día en la construcción de mi persona y, por ende, en el avance de mi tesis.

“El más terrible de todos los sentimientos
es el sentimiento de tener la esperanza
muerta.”

FEDERICO GARCÍA LORCA

“En medio de la vida,
estamos en la muerte.”

Salem's Lot

STEPHEN KING

“La esperanza es una cosa buena, quizá
la mejor de todas, y las cosas buenas
nunca mueren.”

22/11/63

STEPHEN KING

Índice

Introducción	1
1. Historia del Suicidio	5
1.1 Definición de suicidio	5
1.2 Modelos teóricos del suicidio	8
1.2.1 Teoría sociológica. Émile Durkheim	8
1.2.2 Teoría psicoanalítica. Sigmund Freud.....	11
1.2.3 Teoría del dolor psíquico. Edwin S. Shneidman.....	12
1.2.4 Teoría psicológica interpersonal. Thomas Joiner.....	17
1.2.5 Teoría de la depresión por desesperanza. Aaron Beck	18
1.3 Hombres y riesgo suicida.....	21
1.3.1 Parasuicidio	25
1.3.1.1 Autolesiones	26
1.3.2 Ideación Suicida	35
1.3.3 Intento de Suicidio	41
1.4 Epidemiología del Suicidio.....	47
1.4.1 Epidemiología del Suicidio en Hombres Jóvenes.....	48
2. México y Suicidio	50
2.1 Suicidio en la Ciudad de México y el Estado de México	50
2.2 Variables Relacionadas a Conductas Suicidas.....	67

2.2.1 Inhibición Emocional y su Relación con la Masculinidad Hegemónica	68
2.2.2 Familia	75
2.2.3 Estrés	80
2.2.3.1 Estrés Académico	82
2.2.4 Depresión	88
3. Prevención del Suicidio	100
3.1 Prevención.....	100
3.2 Intervención	106
3.3 Posvención	110
4. Reporte de Investigación.....	114
4.1 Planteamiento del Problema y Justificación Teórica	114
4.2 Metodología	120
5. Análisis de Resultados	127
6. Discusión.....	150
7. Conclusiones.....	158
Referencias	162
Anexos.....	181

Introducción

Actualmente el suicidio se ha posicionado como la segunda causa de muerte en jóvenes de entre 15 a 29 años de edad. El sexo masculino es el que más suicidios presenta, estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) mencionan que por cada 100 mil habitantes hay una tasa de 15.1%. Esto, entre otras muchas variables, probablemente es dado por el modelo de masculinidad que desde edades tempranas se les impone a los niños, donde, entre muchas otras características, se les exige máximo control emocional y protección de sí mismos. Los hombres se caracterizan por ser mayormente “instrumentales”, es decir, que tienden a regular mejor sus emociones, lo que les permite no dar paso a sentimientos negativos como la tristeza o el fracaso (Gartzia *et al.*, 2012), y de haberlos prefieren no expresarlos. Esto ha llevado a que muchos hombres siquiera busquen ayuda cuando se sienten mal, pues el pedir ayuda los coloca en un marco de vulnerabilidad, mismo que no es aceptado por el modelo que les fue impuesto.

Dentro de las estadísticas que presenta el INEGI, en el año 2020 se colocó a la Ciudad de México (CDMX) en el lugar número 10 de mayor índice de suicidio masculino y al Estado de México (Edo. Mex) en el lugar número 17. Las causas por las que se comete el suicidio son variadas y no del todo afirmativas, van desde los problemas familiares, problemas de pareja, depresión, ansiedad, abuso de sustancias nocivas, hasta enfermedades mentales. Por lo que se le define como un evento multicausal.

A pesar de que la tasa de suicidio en jóvenes universitarios no está claramente referida en los datos estadísticos del INEGI, el sexo y edad en que se presentó mayormente a nivel nacional fue en hombres de entre los 15 a los 29 años. La población universitaria oscila en su mayoría entre los 18 a los 25 años, mismas edades que están dentro del grupo de mayor riesgo,

por lo que son la población de interés para este estudio. El hecho por sí solo de ser un estudiante universitario coloca a la persona en situaciones estresantes mismas que repercutirán en su desarrollo, pues implica que el estudiante dedique más horas a los asuntos académicos, sin embargo, si a pesar de todos sus esfuerzos no se obtienen los resultados esperados se presentan sentimientos de inutilidad, desesperanza e inferioridad, lo que los lleva a una mayor tensión emocional (Sánchez, 2018), por lo que se sienten más abrumados, a esto se agrega la trascendencia entre la etapa de la adolescencia (12-19 años) y la juventud (20-25 años), lo que aumenta los cambios constantes que experimentan a nivel cognitivo y fisiológico.

Aunado a ello se tiene la visión que tienen de sí mismos, en algunos casos esta es negativa, por lo cual se pueden presentar problemas de autoestima y rasgos depresivos; lo que los lleva al consumo excesivo de bebidas alcohólicas, conductas sexuales de alto riesgo y/o altas ingestas de comida chatarra, asimismo pueden llegar a presentar conductas suicidas, todo esto como medida de evasión a los problemas que se les presentan (Mariano *et al.*, 2018).

Toribio y Franco (2016) mencionan que México se encuentra por encima de otros países en cuanto a pobreza, cambios constantes en la situación laboral y social, mismos que dan pauta a que sea uno de los países con mayor cantidad de estresores, dentro de este estrés se encuentra el estrés académico, el cual se presenta como un proceso sistémico, de carácter adaptativo y meramente psicológico. En investigaciones que se hicieron en los años de 1996 a 2006 en Latinoamérica y España se clasificaron los siguientes como los principales estresores académicos (Marín, 2015): falta de tiempo para la entrega de trabajos, sobrecarga académica y exámenes y/o tareas. Las formas más comunes de afrontamiento fueron la atención en la resolución del problema, la búsqueda de diversiones relajantes, practicar deporte, la búsqueda

de apoyo espiritual, social y/o familiar, el consumo de alcohol y/o drogas y el llanto o traslado de sus emociones a otros.

Si bien algunas de las formas en que los estudiantes enfrentan el estrés son aceptables socialmente, muchos realizan acciones de afrontamiento poco favorables para “recuperar el equilibrio emocional”.

Dentro de las formas de afrontamiento vistas se encuentra la búsqueda de una red de apoyo familiar. La familia representa la médula en el desarrollo de una persona, pues permite al individuo el proceso del encuentro de su identidad, su papel principal es el de frenar o incrementar su capacidad para desarrollar habilidades, necesidades y deseos, que sean adaptadas tanto a las exigencias de la sociedad como de ellos mismos (Verdugo *et al.*, 2014).

Por esta razón la familia adquiere un cargo importante para el riesgo suicida, pues factores desde las dificultades económicas que se encuentren en la familia, hasta el maltrato que se pudo presentar en la niñez temprana, pueden influir en el hecho de que un joven presente conductas suicidas. Cuando hay ausencia de manifestaciones afectivas y comunicación escasa se dan puntos de quiebre que obligan a los miembros de la familia a buscar soluciones equivocadas (Amezcuca, 2005).

Por otro lado, cada evento estresante que se experimenta puede causar en la persona impactos relevantes y duraderos en el cerebro que alteran su estructura. Se ha encontrado que el estrés académico no atendido puede desencadenar en estrés crónico mismo que puede traer consigo patrones de depresión (Pérez, Cervantes, *et al.*, 2017), aunado a esto, el hecho de que no se tengan redes de apoyo sólidas dan mayor probabilidad al desarrollo de este trastorno.

Las cifras del INEGI, menciona que para el 2017 el 25.3% de los hombres se han sentido deprimidos, mientras que el 0.7% no saben si se han sentido así. Los trastornos que se denominan como depresivos se caracterizan principalmente por la alteración en el humor, asociado a un malestar y discapacidad. Asimismo, se asocia con ámbitos como el apetito, fatiga, dificultades cognitivas, culpa excesiva e incluso ideación suicida (González, Hermosillo *et al.*, 2015). Para México más de la mitad de los suicidios son dados por personas con trastornos depresivos (Pérez, Cervantes *et al.*, 2017). Es por ello que la depresión se ha considerado como un factor de riesgo para el intento suicida.

Es destacable mencionar que el estigma que se tiene a la depresión en los hombres puede conducir a que estos intenten ocultar o bien enmascarar los síntomas mediante conductas de alto riesgo, pues estos “legitiman” su masculinidad (Gonzales *et al.*, 2015). Considerando que el ser hombre joven y todas sus implicaciones emocionales y culturales, la relación familiar, el estar expuesto a constante estrés escolar y tener rasgos depresivos han mostrado ser variables que ponen en riesgo a los estudiantes, a saber, conductas suicidas, este trabajo gira en torno a dichas temáticas.

1. Historia del Suicidio

El suicidio ha ido estudiándose con el pasar del tiempo para comprender de la mejor manera posible bajo qué condiciones se presenta, en que momento de la vida de la persona es más frecuente, cuales son los posibles pensamientos que antecedieron a la conducta, entre muchos otros factores que le permiten al profesional crear programas preventivos para las conductas suicidas, modelos que permitan trabajar con diferentes niveles de riesgo así como el trabajo con las personas que han tenido alguna pérdida de un ser querido que tomo la decisión de terminar con su vida. Por lo que, este capítulo aborda algunos de esos antecedentes históricos que se llevaron a cabo para tener la información y el conocimiento que actualmente se tiene sobre el suicidio.

1.1 Definición de Suicidio

La palabra suicidio viene del latín *Sui (de si, así) Caedere (acto de matar)* por tanto, se traduce a “acto de matarse así mismo” (Barroso, 2019), la aparición por vez primera de la palabra suicidio en el castellano data aproximadamente en 1787, e implica la ideación suicida, planeación, intento suicida y el suicidio. El Diccionario de la Real Academia Española (DRAE, 2020) en su diccionario del español jurídico, define al suicidio como “*el acto voluntario por el que una persona pone fin a su existencia*”. El suicidio existe desde principios de la historia de la humanidad, para los mayas era considerado como acto honorable, pues creían que Ixtab, diosa de la muerte protegía a las personas que se suicidaban, acompañándolas en su camino al paraíso; fue durante la época de la conquista española donde se registraron los primeros suicidios colectivos.

En la cultura que precedió, los Incas, consideraban que cuando alguien se suicidaba, necesitaba la compañía de sus familiares, por lo que estos procedían a suicidarse también. Sin embargo, para San Agustín, uno de los padres más grandes de la Iglesia católica, el suicidio era un acto que iba en contra de la Ley Natural y lo contemplaban como un pecado similar al homicidio. Se impuso la idea de que los cristianos debían aceptar la vida y la muerte como una decisión divina. Por su parte santo Tomás de Aquino consideró que el suicidio era un pecado, las personas no tenían derecho a disponer de su vida pues esta le pertenecía a Dios. Conforme se acercaba el Renacimiento y la aparición del racionalismo francés, la condena hacia el suicidio fue reducida. Con la aparición de la Revolución francesa y las ideas de Voltaire y Hume, se hace presente la idea de la libertad humana, por tanto, existe el derecho a que la persona elija sobre si vivir o no. Es con Durkheim en el año de 1897, fecha en que publica su libro “El suicidio”, que se abren mayores canales para la comprensión del fenómeno (Daray *et al.*, 2016), junto con la investigación propuesta por Sigmund Freud, con el intrapsiquismo del suicidio, los aportes que brinda el existencialismo y las investigaciones biológicas (Hernández y Villareal, 2015).

A finales del siglo XIX, Émile Durkheim definió al suicidio como un acto multicausal que conlleva factores tanto sociales como individuales, realizado con un propósito definido, de manera consciente, con el fin último de la muerte (González y Jiménez, 2015, citado en Morfín e Ibarra, 2015); estudios recientes muestran que algunos de los propósitos por los que una persona puede llegar a tomar esta decisión son: búsqueda de atención, fin al sufrimiento o como venganza a una figura de autoridad.

Como tal es complejo situar al suicidio en un terreno específico, pues puede incluir aspectos emocionales, cognitivos y conductuales, lo que no lo vuelve meramente un proceso

social, psicológico o médico, sino un proceso dinámico, donde las personas pasan por aspectos biológicos, genéticos y neurobiológicos; por elementos situacionales, por estados emocionales como el sentirse deprimidas, tensas, enojadas y angustiadas, pues en general no se sienten pertenecientes a un grupo, lo que las hace sentirse solas, aisladas, no queridas, con pérdida de interés; estos sentimientos se ven instalados en ellas por lo que se vuelven persistentes, causando que vean al suicidio como una realidad cada vez más cercana.

La Organización Mundial de la Salud (WHO por sus siglas en inglés, 2014) señala que dentro de lo que abarca este fenómeno se debe tomar en cuenta el término *comportamiento suicida*, que abarca toda una gama de conductas: ideación suicida, planificación del suicidio, intento suicida y el suicidio en sí mismo. Asimismo, es importante considerar el riesgo suicida que presenta la persona (ver Tabla 1).

Tabla 1

Clasificación del Riesgo Suicida de Monk y Samra (2007, citado en Robles et al., 2013)

Nivel	Descripción
Leve	Presencia de ideación suicida, no hay planes inmediatos, no busca morir, posible estado emocional triste y/o irritable, el nivel de malestar emocional es leve, cuenta con redes de apoyo, quiere cosas que le permitan cambiar y tiene cierta esperanza en su futuro.
Moderado	Ideación suicida recurrente, desea estar muerto, hay posibles planes, amenazas indirectas y muestra ambivalencia entre vivir o morir, la letalidad del método puede tener la posibilidad de su rescate, raramente expresa sus sentimientos por la inestabilidad emocional que presenta, el nivel de malestar emocional es moderadamente intenso, hay escasas redes de apoyo, tiene por lo menos un intento previo, es pesimista en cuanto a su futuro.
Grave	Idea concreta de querer estar muerto, hay un plan concreto, con fecha y amenazas claras, el método elegido es letal, sin posibilidad de intervenir, su estado emocional es confuso, generalmente se encuentra ansioso, irritado y agitado, su malestar emocional es altamente estresante, sólo hay presencia de sentimientos de rechazo y soledad, no hay redes de apoyo, tiene varios intentos previos, hay desesperanza e impotencia sobre su futuro.

1.2 Modelos Teóricos del Suicidio

El estudio sobre el suicidio ha aumentado con el paso de las décadas, comenzando en el tiempo en que era visto como un crimen, mismo que tenía igual peso de culpa que un homicidio. Actualmente se le ve como una problemática individual que debe ser prevenida más que castigada y que sin lugar a dudas tiene una afectación a nivel social. En el presente apartado se busca hacer una revisión de algunos de los modelos teóricos que psicólogos y sociólogos desarrollaron a la problemática del suicidio.

1.2.1 Teoría Sociológica. Émile Durkheim

Fue un sociólogo positivista, nacido en el año 1858; estudió la base de la estabilidad social, es decir, los valores que conforman una sociedad, estos valores son los vínculos de unión que mantienen el orden social, cuando estos valores desaparecen se da una pérdida de estabilidad social o anomía, trayendo consigo sentimientos que denotan ansiedad e insatisfacción en las personas, lo que muy probablemente trae consigo la problemática del suicidio. Para Durkheim la totalidad de suicidios en una sociedad debe ser tratada como un hecho meramente social que solo puede ser abordado sociológicamente y no por motivos individuales pues esto es correspondiente de la psicología (Durkheim, 1897/2008).

Define al suicidio como toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que este producirá ese resultado, es decir, que la persona renuncia a su existencia y es en menor o mayor medida consciente de ello.

En su libro *El Suicidio*, Durkheim (1897/2008) habla sobre el poder contagioso del suicidio, pues menciona que afecta a los individuos a quienes su constitución los hace más

fácilmente susceptibles. Tienen una debilidad nerviosa que los vuelve vulnerables al recuerdo del acto mismo, y es probable que el hecho de recordarlo con tanta claridad los determine a reproducir con exactitud el acto de la persona que se suicidó y por la que la persona sentía cierta inclinación o incluso admiración. Otro factor que se menciona son las causas cósmicas: clima y temperaturas de diferentes estaciones. Dentro del análisis que realizó, menciona que los suicidios se presentaban más durante el verano y el invierno, pues las temperaturas extremas dan lugar a mayor presencia de muertes voluntarias. En general, Durkheim menciona que los cambios bruscos y violentos en el medio físico, alteran al organismo, desorientan el funcionamiento normal del individuo y dan lugar a algunas especies de delirios. Un factor más del que se habla en su libro, es la imitación, que generalmente se da en un mismo grupo social, puede que solo se siga por moda, sin embargo, no es del todo cierto que las personas se suiciden por imitación, sino que solo es la razón que se da para cubrir el verdadero motivo.

Dentro de los hallazgos de Durkheim está el que los protestantes producen mayor número de suicidios que los fieles al culto, la razón recae en que las personas que creen en una fuerza mayor a ellas tienen la certeza de que estas podrán ayudarles.

Durkheim (1897/2008) propone tres tipos de suicidio:

- *Suicidio egoísta*: el individualismo excesivo no solo da como resultado el que se favorezcan las causas suicidógenas, sino que impulsa en su totalidad a las personas a matarse. Cuando no se tiene más objetivo en la vida que la persona misma, se llega a tener la idea de que los esfuerzos que se hacen se tienden a perder en la nada, esto es porque el individuo es un ser social y no puede haber equilibrio en él si no encuentra fuera de sí más puntos de apoyo. Los individuos no perciben ya la razón de estar en la vida, se sienten inútiles y sin razón de ser. Expresa un hundimiento total.

- *Suicidio altruista*: si hay mucho de algo o poco de algo, se corren riesgos, tanto una individualización excesiva conduce al suicidio, una falta de individualización conduce a lo mismo. En esta clase de suicidios, las personas encuentran como única razón de vida la fuerza de la misma vida. El individuo se suicida por el placer del sacrificio, este aspira a despojarse de su ser personal, para permanecer en otro que consideran real. Su fin de vida no está situado en la vida terrenal.
- *Suicidio anómico*: solo si las necesidades de las personas están cubiertas la persona puede sentirse feliz, en cambio, si exigen más de lo que se les puede conceder, se sentirán contrariadas y sufrirán. Su actividad está desorganizada y por ello se suicida. Su tendencia de vivir está en relación con otros, si esta se debilita desencadenará en muerte. Hay recriminaciones constantes contra la vida en general, sin embargo, cuando son contra una persona en particular se puede dar lugar a un homicidio.

También destacan tres tipos de suicidio mixto:

- *Suicidio ego-anómico*: cuando la persona egoísta se siente volcada en sí misma y no encuentra atracción en el mundo exterior, siente un vacío y melancolía que trata de llenar con la búsqueda de sensaciones nuevas, sin embargo, al no ser apasionado se cansa, lo que refuerza su melancolía inicial. Como no encuentra una salida a sus pasiones insatisfechas, la tristeza e inquietud le provocan huir, con lo que se produce el suicidio.
- *Suicidio anómico-altruista*: también denominados suicidios obsesivos, se dan cuando la persona está a punto de vivir una situación que lo coloca en nuevas condiciones y además requiera mostrar su valor y respeto hacia el pasado que está a punto de ser cambiado, se producen esta clase de suicidios, pues se genera una locura exasperada

por la anomia y se demuestra su lealtad y amor por la situación que está a punto de cambiar, lo que muestra la firmeza del suicidio altruista.

- *Suicidio ego-altruista*: cuando la persona percibe que ir de placeres egoístas a otros no es una forma de escapar de su propio egoísmo, y que los goces fugaces no calman su inquietud buscan algún objetivo que les dé constancia y sentido a sus vidas, solo que como no existe algo real que les preocupe crean a un ser imaginario al que le sirven, cuanto más insatisfechos están con ellos mismos, viven una existencia contradictoria e individualista en cuanto al mundo que los rodea, sin embargo no son moderados en el altruismo que depositan a su meta ideal. Por lo que una u otra disposición lo conducen al suicidio. También se le conoce como suicidio estoico.

Para Durkheim el hecho de que las mujeres se suiciden en menor cantidad que los hombres se da debido a que tienen menos participación en la vida colectiva que ellos, por tanto, sienten en menor medida qué tan buena o mala es (Durkheim, 1897/2008).

1.2.2 Teoría psicoanalítica. Sigmund Freud

Sigmund Freud nació el 6 de mayo de 1856 en Freiberg y murió en 1939; terminó su formación universitaria en medicina en el año 1881. Fue un médico, neurólogo y psicoanalista, se le reconoce como el padre del psicoanálisis; sostenía que este enfoque formaba parte de la psicología y era como tal el método científico aplicado a la mente.

Freud sostiene que los impulsos suicidas no son más que autocastigos por deseos de muerte que van dirigidos a otros (Freud, 1991), según sus investigaciones los deseos de muerte inconscientes van dirigidos incluso a las personas a quienes se quiere. La persona que tiene la fuerza mental para matar a alguien más con el que se tiene algún tipo de identificación

personal y puede volver para sí mismo ese deseo de muerte, es quien puede llegar a suicidarse (Freud, vol.18 2004), esto sucede ya que, al hacer consciente el deseo de muerte dirigido al otro, provoca culpa, causando el acto suicida.

La tendencia a suicidarse se presenta en algún grado de intensidad en un gran número de personas, es por este motivo que el propósito consciente del suicidio esta en armonía con el propósito inconsciente, el cual busca cualquier momento oportuno para liberar la presión de estos propósitos; esto puede reflejarse en las lesiones que se provocan a sí mismos, pues resultan ser un acuerdo entre esa pulsión de muerte y factores externos que se oponen a ello. Es así, como el acto del suicidio no es dado de un momento a otro, sino que la idea de llevarlo a cabo estuvo presente desde mucho tiempo atrás, pero con menor intensidad, o en otros casos estuvo como una inclinación inconsciente y reprimida (Freud, vol.6, 2004).

En conclusión, para Freud el suicidio está dado por pulsiones de muerte hacia otros, que todo humano lleva consigo incluso inconscientemente, y al hacerlo consciente se experimenta culpa por lo que esas pulsiones se revierten hacia la persona misma, trayendo consigo conductas suicidas e incluso el fin último: suicidio.

1.2.3 Teoría del Dolor Psíquico. Edwin S. Shneidman

En el año 2003 se declaró al suicidio como un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS), por ello la ONU junto con la Asociación Internacional de Prevención de Suicidio (IASP), declararon al 10 de septiembre como el *Día Mundial de la Prevención del Suicidio*, sin embargo, esto no hubiera sido posible sin las aportaciones que hizo el suicidólogo Shneidman al estudio del suicidio (Chávez-Hernández y Leenaars, 2010).

Edwin S. Shneidman nació en 1918 y murió en el año 2009. Se le conoce como el padre de la *Suicidología moderna*, ya que sus estudios se enfocaron en la prevención y atención al suicidio; fue autor de veinte libros y decenas de artículos científicos y de divulgación. En el año 1971 fundó la Asociación Americana de Suicidología. Fue creador del término “*Suicidología*”, mismo que se cataloga como perteneciente a la psicología. Por tanto, se le define como la ciencia de los comportamientos, pensamientos y sentimientos autodestructivos; su trabajo es el campo del suicidio y se puede subdividir en: evaluación del comportamiento suicida, conceptualización y teoría, notas suicidas, aspectos administrativos y programáticos, aspectos clínicos y de comunidad, autopsia psicológica y posvención (Chávez-Hernández y Leenaars, 2010).

El primer acercamiento de Shneidman al estudio del suicidio fue el análisis de las cartas póstumas, él mencionaba que lo que dice y escribe una persona puede dar suficientes pistas para determinar su personalidad y estado emocional. En 1943 reunió el mismo número de cartas localizadas con anterioridad en las oficinas forenses, con cartas hechas por personas sin tendencia al suicidio. Releyó los dos grupos de cartas y en colaboración con el Dr. Norman Farberow las analizaron sin saber a qué grupo pertenecía cada carta, lo que se encontró fue que las cartas falsas estaban llenas de drama y melancolía, mientras que las reales eran banales (Chávez-Hernández y Leenaars, 2010). Esta comparación dio pauta para indicar que las personas a punto de quitarse la vida incluyen órdenes y advertencias como si estuvieran tomando la decisión final para resolver sus problemas (Shneidman y Farberow, 1956).

Fue Shneidman quien acuñó el término *Psychache* para describir al “dolor psicológico” que da como resultado el suicidio. Este dolor psicológico surge de las necesidades psicológicas insatisfechas, por ejemplo, la aceptación, el logro, la dignidad, la

autoestima y la seguridad, así como la necesidad de importantes libertades psicológicas: el liberar a la persona del dolor, la culpa, la vergüenza, el rechazo, la soledad (Shneidman, 1984).

Con sus estudios demostró que el suicidio no era perteneciente únicamente de las personas con enfermedades mentales, pues a estas solo les correspondía un total del 15 % de suicidios (Chávez-Hernández y Leenaars, 2010).

Shneidman (1984) enlistó los siguientes como “Aforismos sobre el suicidio”:

- Existen dos verdades básicas sobre el suicidio:
 1. El suicidio nunca debe cometerse cuando se está deprimido (perturbado o restringido).
 2. Casi todos los suicidios se cometen por razones que tienen sentido para la persona que lo hace.
- El trastorno de pensamiento primario en el suicidio se da por el estrechamiento patológico del foco de la mente (visión de túnel), que es conocido como *constricción*, por ello solo se pueden ver dos opciones: algo dolorosamente insatisfactorio o el cese de este.
- No hay nada incorrecto al pensar en el suicidio, lo anormal es cuando se piensa que es la única opción.
- La principal deficiencia del suicidio es que es una solución negativa permanente a un desafío remediable.
- La afirmación que da el psicoanálisis sobre que el suicidio es un odio reprimido hacia otros, es un tanto exagerada pues el suicida generalmente ni siquiera quiere suicidarse.

- Cuando el suicidio es un acto hostil, no es la hostilidad del autor sino de los otros que han provocado o permitido el suicidio.
- La cuestión central del suicidio es la detención de la conciencia del dolor insoportable.
- Si el dolor psicológico se aligerara, el individuo estaría dispuesto a seguir viviendo.

Además, hace las siguientes dos suposiciones: las personas que tienen la intención de suicidarse todavía desean ser rescatadas o que se evite su muerte y la prevención del suicidio consiste en esencia en reconocer que la persona está “en equilibrio” entre sus deseos de vivir y sus deseos de morir, y luego “sencillamente” decide hacia qué lado arrojar sus esfuerzos. Es por ello por lo que el suicidio es la decisión resultante de un debate interno de muchas voces (Shneidman, 1965).

La prevención del suicidio dependerá del comportamiento activo y directo del rescatador potencial, además se debe entender lo que es intolerable para el otro, pues prácticamente los comportamientos suicidas provienen de una sensación de aislamiento y sentimiento de alguna emoción intolerable para la persona. Shneidman (1965) indica que las pistas prodrómicas del suicidio se dividen en:

- Verbales: directas (“*Me voy a suicidar*”), indirectas (“*Es demasiado para soportar*”) y codificadas (“*Esta es la última vez que estaré aquí*”).
- De comportamiento: directas (un intento de suicidio real de cualquier gravedad, usar navajas o píldoras, por ejemplo) e indirectas (regalar posesiones importantes).
- Comunicaciones situacionales: por ejemplo, el que le diagnostican alguna enfermedad grave.

- Comunicaciones sindromáticas: como tener depresión, estar desorientado, ser desafiante o ser dependiente insatisfecho (depender de algo o alguien, pero sentirse mal con ello).

Todas estas pistas deben ser tomadas en cuenta en el momento en que se presentan sin temor a sentir que se está exagerando al pensar en que la persona que se tiene delante puede suicidarse.

Uno de los estudios que realizó Shneidman junto a Norman Farberow, dio claves importantes para prevenir el suicidio (Shneidman y Farberow, 1956):

- Las personas que cometen suicidio anteriormente han amenazado con hacerlo o incluso han tenido intentos previos. Por ello es muy importante tener en cuenta la conducta suicida ya sea intentada o amenaza.
- Es importante que las personas que han atravesado por una crisis emocional o que se les vea como recuperados, sean monitoreados al menos por 90 días más, pues se encontró que aproximadamente tres meses después de ver avances positivos en las personas, estas se suicidaron.
- Cuando se trabaja con una persona con alto riesgo de letalidad, es importante el trabajo multidisciplinario, donde deberían estar especialistas en servicios psiquiátricos, psicológicos y sociales, pues su ayuda durante el tratamiento puede dar la alta diferencia entre vivir o morir.

Shneidman fue uno de los más grandes pioneros en cuanto al trabajo sobre el suicidio, mismo que dio pautas a otros autores para el estudio de esta problemática como Thomas Joiner.

1.2.4 Teoría Psicológica Interpersonal. Thomas Joiner

Es doctor en Psicología Clínica por la Universidad de Texas Austin, nacido en el año 1965, el trabajo que realiza es sobre la psicología, la neurobiología y el tratamiento del comportamiento suicida, así como las afecciones que causa. Fue acreedor al premio Shneidman por la excelencia en la investigación del suicidio de la Asociación Estadounidense en Suicidología. Creó la *Teoría Psicológica Interpersonal* del comportamiento suicida, la cual propone que, una persona no morirá por suicidio a menos que tenga los deseos de morir por esta causa y la capacidad de hacerlo (Joiner, 2009).

El modelo enfatiza que son tres las causas que dan lugar a que se presente el suicidio: la carga percibida, un sentido percibido de baja pertenencia y la exposición continua a experiencias dolorosas (Joiner, 2007).

La carga percibida puede ser con respecto a amigos, familia o sociedad, se tienen la idea de que su muerte valdrá más que la vida misma para ese estrato en particular, a mayor carga mayor ideación suicida. *La baja pertenencia o la alienación social* sostiene que la persona se siente alejada de las demás, se ha comprobado que las tasas de suicidio disminuyen durante momentos de celebración o cuando hay necesidades de apoyo como una dificultad o tragedia. Y *las habilidades adquiridas para la autolesión letal*, se adquiere en gran medida con la exposición repetida a experiencias dolorosas, se produce una habituación y por ello se presenta una mayor tolerancia al dolor, y una sensación de tipo valentía cuando se trata sobre muerte. Mientras mayor sea la experiencia dolorosa mayor riesgo de capacidad de suicidio se presenta. Estudios han encontrado que personas con intentos de suicidio previo, presentan formas más graves de suicidio futuro (Joiner, 2009).

Cuando hay una ocurrencia conjunta de la carga percibida y la pertenencia fallida se presenta el deseo de morir, el exponerse a eventos dolorosos solo incrementa la probabilidad. Joiner (2007) explica que el suicidio debe verse como una tragedia con propiedades dolorosas e impactantes, sin estigmatizar o volverlo un tema tabú, asimismo hace pauta en que cuando se trata a personas con conductas suicidas se debe ser consciente de los niveles de pertenencia, carga percibida y la capacidad de habilidad adquirida para las autolesiones (Joiner, 2009).

1.2.5 Teoría de la Depresión por Desesperanza. Aaron T. Beck

Es un psiquiatra y neurólogo, nacido en 1921, en sus inicios exploró las teorías psicoanalíticas de la depresión, sin embargo, al no encontrar confirmación de que estas teorías eran la verdad a todo, desarrolló el enfoque de *la teoría cognitiva* (TC), así como pruebas que le permitieran evaluar la depresión. Fue en el año de 1959 cuando comenzó su estudio por la psicopatología de la depresión, el suicidio, trastornos de ansiedad, trastornos de pánico, y el abuso de sustancias como el alcohol y las drogas. Pero no solo eso, sino que investigó la TC para los trastornos de personalidad que él mismo estudió (Benson, 2019).

El modelo central de la TC sostiene que las cogniciones influyen en las emociones y comportamientos del individuo, cuando hay presencia de pensamientos disfuncionales se contribuye al mantenimiento de una patología. Es por ello por lo que los trastornos emocionales se asocian con respuestas emocionales negativamente compensadas, se tienen de ejemplo al miedo, la tristeza, el enojo y la angustia. En su forma más sencilla, este modelo predice que los cambios que sean dados en las cogniciones causarán cambios en los comportamientos y en las emociones (Hofmann *et al.*, 2013).

Beck notó que los depresivos se percibían a sí mismos como personas defectuosas, desvaloradas, indeseables; como víctimas de las situaciones que se les presentaban, esto era a causa de las distorsiones negativas que tenían hacia sí mismos (Figuroa, 2002). Dentro de sus estudios descubrió una explicación para las personas con tendencias suicidas, las personas pueden sentirse sin esperanza, pero aun así buscan el consuelo, pero nunca un castigo (Bloch, 2004). Con estas observaciones y la creación de la TC creó la *terapia cognitiva para la depresión*, Beck sugiere que la depresión se da por sucesos estresantes infantiles que estimulan la generalización de esquemas cognitivos estables negativos, estos permiten los pensamientos automáticos que en general pasan desapercibidos por las personas, a su vez la activación de estos pensamientos automáticos que se tornan a creencias disfuncionales dominan el comportamiento y sentimientos de la persona y pueden desplazar incluso otros aspectos de la personalidad (Bloch, 2004; Figuroa, 2002).

Por ello dentro de las metas que busca la TC para la depresión es la resolución de los síntomas, el restablecimiento psicosocial, la prevención de recaídas, la adherencia y la prevención de recurrencia a terapia una vez finalizado el tratamiento. Focaliza la atención en la comprensión de creencias disfuncionales propias de la persona (Figuroa, 2002). La Tabla 2 muestra el modelo cognitivo de la depresión de Beck.

Tabla 2

Modelo cognitivo de la depresión de Aaron Beck (Figuroa, 2002)

Característica	Descripción
Triada cognitiva	Visión negativa de sí mismo, de los otros y del futuro.
Esquemas	Cómo se organizan e interpretan las experiencias.
Distorsiones cognitivas	Mantenimiento de la creencia negativa que tiene la persona.

Característica	Descripción
Inferencias arbitrarias	Se llega a conclusiones sin sustento suficiente.
Magnificación y minimización	Relativo al significado que le dan al suceso.
Sobregeneralización	Realizar conclusiones en base a experiencias aisladas o realizar conclusiones en base a experiencias aisladas o bien, muy limitadas.
Pensamiento dicotómico	De carácter todo o nada. Se entiende a elegir el extremo negativo.
Abstracción selectiva	Sólo focaliza en un detalle ignorando los otros.
Personalización	Auto-refiere sucesos sin evidencia suficiente.
Pensamiento primitivo	Se emiten juicios globales respecto a eventos que se viven.
Deberes e imperativos	En su mayoría no son realistas.
Lectura del pensamiento	Se concluye sin preguntar para asegurarse.
Rueda de la fortuna	Algo saldrá mal incluso desde antes de que pueda pasar.

Figuroa (2002) menciona que para obtener un resultado favorable de la intervención aplicando la *TC para la depresión* se requieren tanto los aspectos didácticos (por ejemplo, establecer una agenda de trabajo durante las sesiones), técnicas cognitivas (pues ayudan al automonitoreo del paciente) y técnicas conductuales (pues son realmente útiles al enfrentar este tipo de casos clínicos). Se ha comprobado que la TC es eficaz, efectiva y eficiente, pues además tiene una duración breve (16-20 sesiones).

Se han hecho adaptaciones de su Terapia Cognitiva, para el tratamiento psicoterapéutico de la conducta suicida, como el explicado en el libro "*Treating Suicidal Behavior*" de Rudd, Joiner y Rajab en el año 2000.

1.3 Hombres y Riesgo Suicida

El riesgo suicida hace referencia a la probabilidad que tiene una persona de quitarse la vida, se identifica por medio de evaluaciones que incluyen diversas variables sociodemográficas y clínicas. El nivel de riesgo suicida se puede definir a partir de las conductas suicidas que tenga la persona, a mayor nivel de conductas suicidas mayor será el riesgo suicida.

El DRAE (2020) denomina a la conducta como el conjunto de acciones con las que un individuo responde a una situación, esto puede ser en lo que dice o hace, sea o no observable. Cuando se habla de conducta suicida se hace referencia a todo acto que provoca daño así mismo, con la finalidad de inducir a la muerte (Guallpa y Ochoa, 2019). El propósito puede ser explícito o implícito, se da de manera gradual, por lo que comprende desde la ideación suicida, la planeación, el intento de suicidio y la consumación del acto. No en todos los casos hay un orden cronológico, sin embargo, se caracteriza por esos momentos en específico. Principalmente responde a una inconformidad de la persona con su vida actual.

La ideación suicida puede presentarse sin método específico, con método específico, pero sin un plan o con método y plan (Andrade, 2012). Hay conductas que no buscan como fin la muerte, sin embargo, sí son factores de riesgo para poder presentar una conducta suicida, estas se encuentran clasificadas en el parasuicidio (Serrano y Olave, 2017). Todo individuo está expuesto a comportamientos autolíticos sin embargo factores psico-culturales son los que pueden llegar a activarlos en cualquier momento de vida de la persona (Andrade, 2012).

Estudios han encontrado que las personas que presentan conductas suicidas tienen ciertos rasgos de personalidad característicos, como la falta de estabilidad emocional,

inseguridad, ansiedad, depresión aguda/grave, sentimientos de minusvalía, desamparo, desesperanza, culpa, rabia, impotencia, hipersensibilidad a eventos menores, así como perfeccionismo (Cuesta, 2017; Serrano y Olave, 2017). Además de factores de riesgo determinados; se denomina “factor de riesgo” a cualquier variable asociada a la probabilidad de que aumente el desarrollo de una actividad o enfermedad determinada. Se encuentran en cualquier ámbito: en el medio ambiente, en lo psíquico, en lo social y/o en alteraciones genéticas. Para determinar que una variable es un factor de riesgo se realizan estudios con base en la incidencia, es decir, en los casos nuevos que ocurren para una determinada población. El conocer los factores de riesgo permite ubicar la causalidad, hacer predicciones y diagnósticos, así como trabajar en la prevención (González y Agudo, 2003, citado en Martín y Cano, 2003).

Los factores de riesgo mayormente asociados para conductas suicidas son (Andrade, 2012; Hernández y Villarreal, 2015; Serrano y Olave, 2017):

- *De dominio personal*: edad y género, problemas de salud física y mental, nivel socioeconómico y educativo bajo, consumo de sustancias psicoactivas, actitud desafiante, enlentecimiento psicomotor, irritabilidad explosiva, carácter de desinterés, problemas de apego, no tener expectativas futuras, presencia de poco rendimiento escolar, falta para la resolución de problemas y/o conductas sexuales de riesgo, actitud fatalista, conductas machistas.
- *De dominio familiar*: problemas de comunicación, constantes conflictos, nula o poca demostración afectiva, inestabilidades en la estructura de la familia, excesivo nivel de control parental, abuso físico o sexual, antecedentes de conducta suicida, maltrato verbal, como descalificaciones o críticas hirientes (pueden llevar a la persona a experimentar culpa o baja autoestima), falta de familia, necesidades básicas

insatisfechas, manejo inadecuado de la autoridad en el hogar, modelos de crianza disfuncionales y falta de refuerzos para los cambios.

- *De dominio social:* discriminación, carencia de redes de apoyo (la persona puede sentir que no es necesaria o útil dentro de un grupo, por lo que tiende al aislamiento, posible depresión y dificulta las posibilidades de recibir ayuda), efecto de imitación, tensión, cambio de posición socioeconómica, pérdidas personales, pérdidas de empleo, catástrofes, violencia ambiental y/o de género, ser victimarios de bullying.
- *De dominio psicológico:* ansiedad, depresión, baja autoestima, cambios bruscos en el estado anímico, alteraciones del sueño.
- *De dominio biológico:* edades extremas de la vida, como adolescencia o vejez, enfermedades o dolor crónico, deterioro cognitivo.

En México las principales causas que se han identificado son el incremento de la urbanización y de la población, la migración, el divorcio, desigualdad de género, conflictos emocionales, familiares y de conducta. En su estudio Reyna-Medina *et al* (2013), determinaron que el 70% de la población con conducta suicida tenía el rasgo característico de la depresión, el 25% consumía sustancias psicoactivas, todos ellos hombres mayores de 20 años, y el 50% presentaron un carácter agresivo, autodestructivo y su convencimiento de que se lograría la muerte durante el proceso, lo que los llevaba a asegurarse de no recibir ayuda.

Fortune *et al* (2007, citado en Villar *et al.*, 2017), hicieron un estudio de 27 autopsias psicológicas y determinaron que existen tres procesos en los que se puede realizar la tentativa de suicidio:

1. En adolescentes con problemas vitales y conductuales, por ejemplo, el fracaso escolar, violencia familiar, abuso físico o sexual, baja autoestima, rasgos de personalidad desadaptativos, así como posibles problemas con sus pares.
2. En adolescentes que padecen algún tipo de trastorno mental grave.
3. En adolescentes que no se incluyen en ninguno de los dos anteriores, pues la conducta acontece tras un evento vital estresante, por ejemplo, la pérdida de alguien importante.

En lo que respecta a los hombres, los factores de riesgo más comunes son: el consumo de alcohol, impulsividad, evasión de problemas, conflictos familiares y/o escasez de ingresos (Barroso, 2019), a pesar de que hay una menor cantidad de intentos suicidas por parte de hombres, en comparación con las mujeres, se ha encontrado que ellos realizan el suicidio en una proporción superior a la que ellas presentan, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por cada suicidio de una mujer a nivel mundial, hay 3.5 suicidios cometidos por hombres (Cuesta, 2017).

Asimismo, los métodos que ellos utilizan suelen ser más letales, como el ahorcamiento, el uso de armas de fuego o el salto de grandes alturas, una hipótesis es que esto se debe a que reaccionan con alta inexpresividad emocional y agresividad, en comparación a las mujeres (Serrano y Olave, 2017), esto probablemente es dado por la educación que reciben con respecto a la represión de sus emociones y el hecho de que ellos son los que se deben encargar de la manutención del hogar. Si se quiere comprender al suicidio desde el género, no se debe hacer como categorías que determinen expectativas, roles y valores de lo que es lo femenino o lo masculino, sino como procesos de construcción social que se están situando culturalmente y se viven de formas diferentes (Barroso, 2019).

En ocasiones se descuidan las señales de la presencia de las conductas suicidas debido a que los padres o tutores determinan que la persona está pasando por una etapa de su vida que será pasajera, por lo cual le dan la mínima atención. Sin embargo, la detección temprana de la conducta suicida puede favorecer la prevención de un riesgo de suicidio.

1.3.1 Parasuicidio

También conocido como “*gesto suicida*”, es una conducta autolesiva no letal, donde no hay intencionalidad u orientación hacia la muerte, dentro de esta clasificación se incluyen las conductas que son consideradas “manipulativas”, pues el fin es movilizar a las personas cercanas para cambiar alguna circunstancia interpersonal desfavorable (España y Fernández, 2010). Fue Norman Kreitman (citado en Lozano *et al.*, 2004) investigador psiquiátrico y académico, quien en 1969 introdujo el término “*parasuicidio*” para definir a toda conducta autolítica que no tiene un final fatal, independientemente del grado de letalidad.

La conducta parasuicida es la más presente en adolescentes, ya que se cree que con esta reciben mayor atención y beneficios secundarios (Venceslá y Moriana, 2002). Esta conducta incluye todos los actos deliberados que no tengan un resultado fatal; puede que la persona busque la apariencia de intentar matarse para obtener algún otro fin (Villalobos, 2009). Es considerado uno de los mayores predictores para un suicidio; estudios han comprobado que se aumenta el riesgo en una proporción de cien veces para población en general (Sarason y Sarason, 2006). Aunque el parasuicidio no está del todo estudiado, estimaciones han indicado que se presenta cuarenta veces más que los suicidios. Los métodos que se utilizan generalmente son de menor letalidad, como la intoxicación o el cutting, el parasuicidio se ha clasificado en leve, severo y mixto (ver Tabla 3).

Tabla 3*Tipos de parasuicidio (Lozano et al ., 2004)*

Nivel	Descripción
Leve	No hay consecuencias fatales, ya que solo existe uso de métodos poco violentos. Se da principalmente en jóvenes pues generalmente no viven solos y toman pocas precauciones para no ser notados.
Severo	Uso de métodos de mayor letalidad, presencia de daños físicos severos, se da generalmente en población mayor a 40 años, hay más precauciones para evitar ser descubiertos. Puede haber presencia de enfermedades físicas o mentales, así como consumo de drogas.
Mixto	Tanto la persona como el episodio puede mostrar características de los otros dos grupos.

1.3.1.1 Autolesiones.

Las autolesiones son consideradas dentro del parasuicidio porque no buscan como fin último la muerte. Se les puede entender como una forma de “supervivencia”, Menninger (1938, citado en Wright *et al.*, 2013) describió a la autolesión como un esfuerzo por evitar el suicidio, que se acompaña de una sensación de alivio por haberlo evitado. Son un acto de expresión y autorregulación de emociones de forma intencional, mediante la que las personas se hacen daño físicamente a sí mismas sin ningún deseo consciente de morir (Flores-Soto *et al.*, 2018). La edad de inicio generalmente comienza en la adolescencia, entre los 12 y 14 años (Brady, 2014).

En un estudio realizado con 564 alumnos mexicanos de ocho universidades diferentes, se encontró que doce meses antes del estudio, el 18.5% se autolesionó antes de los doce años, 74.1% entre los 11 y los 17 años y 7.4% después de los 17 años. El 26.9% participó en algún tipo de autolesión de forma recurrente, mientras que el 30.9% lo vivió en algún momento. Los

comportamientos encontrados fueron: 44.6% talla de palabras en la piel, 39.1% rascado severo, 39.1% auto-golpearse, 37.6% clavar objetos cortantes en la piel, 48% auto-cortarse (Castro *et al.*, 2017). No son consideradas patologías, sino que son conductas de adaptación y de un proceso de maduración, mismas que pueden estar presentes en diversos trastornos psicopatológicos (Flores-Soto *et al.*, 2018), por tanto, son intentos para superar la transición y continuar, por lo que como tal no representa indicios de enfermedad, ni indican un propósito desfavorable para el futuro.

Le Breton (2018) menciona que las personas tienden a tener una relación con el mundo a través de la piel, pues es a través de ella donde se revela el vínculo que se tiene para con otros, así como la capacidad personal del individuo; el autor la asemeja a una pantalla que proyecta las identidades ideales, a través de lesiones socialmente aceptables como los tatuajes, piercings y/u otras formas de exhibición, sin embargo también puede proyectar otro tipo de lesiones que no son aceptadas por la sociedad y que incluso llegan a causar miedo, preocupación y/o dolor a los espectadores: las autolesiones. Detrás de la piel se construye una personalidad, que, de existir retraimiento social, la persona puede sentirse incómoda consigo misma lo que la lleva a lastimarse.

El proceso de desarrollo de la adolescencia puede llevar al cuerpo a ser un blanco para sentimientos ingobernables, se ha encontrado que los adolescentes constantemente se encuentran impulsados por interrumpir sus rutinas familiares, expresar su angustia y/o ser reconocidos. Muchos de los adolescentes que se autolesionan pueden ser catalogados como psicológicamente “normales”, es decir, que no cumplen los criterios para un diagnóstico de depresión, ansiedad o impulsividad (Jones *et al.*, 2015). Presentan un perfil relativamente adaptado, en donde la persona ve opciones para aliviar las emociones que está

experimentando, sin embargo, elige autolesionarse, a diferencia de una persona con comportamiento suicida donde únicamente existe visión de túnel lo que le imposibilita ver un abanico de opciones (Marín, 2020).

La autolesión es una señal de que la persona está agonizando, por lo que puede tener sentimientos de minusvalía; el lastimarse a sí mismo le permite aferrarse a algo real, lo que evita que se desmorone, ya que no se tiene una relación sólida y segura con el entorno. El dolor psíquico que experimenta se transfiere a un lugar donde la persona misma tenga el control; ya que no existen las posibilidades de cambiar su historia, ni las situaciones que la provocan: las autolesiones se convierten en amortiguador para las heridas emocionales. Su cuerpo es un rincón de dolor, por lo que las lesiones que se provoca le son insignificantes. Algunos de los comentarios hechos por personas que se autolesionan son: *“Ayuda a comprender y aceptar el dolor...”*, *“...Sientes sensaciones, te sientes vivo, y después cuando ves tu sangre, es como si tu vida te perteneciera...”* (Le Breton, 2018, p.43)

Pueden tener consecuencias negativas como infecciones o cicatrices, culpa, vergüenza y posible rechazo por parte de otros, el alivio que brindan es siempre temporal, por tanto, no da solución a las circunstancias que provocan la tensión, pero da un respiro. Entre las formas más usuales de autolesión se encuentran: cortes, golpes y quemaduras. Igualmente se ha visto la inserción de objetos bajo la piel, rascarse en exceso, arrancarse el cabello o ingesta de cuerpos o líquidos extraños (Vílchez *et al.*, 2019).

Brady (2014) identificó también como autolesiones a los atracones, purgas o pasar hambre. Las conductas que lastiman directamente a la piel como: cortar, rascar, rasgar o arañar, son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, ellos se inclinan más por los

métodos agresivos como el golpearse a sí mismos (incluso quemarse, principalmente la cara, el pecho y los genitales) o a las paredes (Jones *et al.*, 2015).

En su investigación Flores-Soto *et al* (2018) encontraron en población mexicana adolescente el cortarse la piel con objetos filosos, quemarse la piel con un cigarro, introducirse agujas, alfileres, grapas u otro objeto a la piel, la evitación de cicatrización y/o el intoxicarse con veneno, gas u otra sustancia, como los métodos más usuales de autolesión. Por su parte Marín (2020) reportó los siguientes cuatro grupos en resultado a su investigación con población mexicana adolescente:

1. No significativo: corresponde al 60.9% de la población. Se encuentran episodios mínimos a lo largo de la vida, por ejemplo, el golpearse a sí mismos.
2. Severo: corresponde al 17% de la población. Hay mayor probabilidad de autolesiones del tipo morderse, golpearse, pincharse, rallar su piel.
3. Importante: corresponde al 11.2% de la población. Su frecuencia es de moderada-alta, incluye los cortes, su función principal es aliviar la tensión y obtener atención, hay problemas psicológicos menores.
4. Significativo: corresponde al 10.7% de la población. Existe una alta frecuencia de cortes, la función principal es el alivio de las emociones, mediado por problemas psicológicos significativos.

El estudio de Castro *et al* (2017) encontró que, dentro del grupo de mujeres, la conducta autolesiva se presentaba porque estaban molestas y esperaban ser notadas, mientras que los hombres eran más propensos a informar ira o la intoxicación como motivación. Asimismo, identificaron que las personas con niveles elevados de sintomatología depresiva tenían mayor probabilidad para la autolesión experimental (1.7%) y mayor

probabilidad para la autolesión recurrente (2.2%), las personas con alta impulsividad tenían mayor probabilidad de sufrir autolesión recurrente (2.78%) que las personas autosuficientes.

Los criterios que da el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (DSM-5, 2014) para determinar si una autolesión es o no suicida se pueden observar en la Tabla 4.

Tabla 4

Criterios del DSM-5 para determinar una autolesión no suicida

-
- | | |
|----|--|
| A. | En al menos cinco días del último año, la persona se ha hecho de forma intencional lesiones en la piel pudiendo provocar sangrado, hematomas o dolor (por ejemplo, cortar, quemar, frotar en exceso), confiando en que la lesión sólo traerá consigo daño físico leve o moderado. |
| B. | La persona realiza las conductas autolesivas con una o más de las siguientes expectativas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo perturbador. 2. Para resolver una dificultad interpersonal. 3. Para generar un estado de sentir placentero. |

Importante: se debe tener en cuenta que las respuestas deseadas se dan únicamente durante la autolesión o durante muy poco tiempo después de que ocurran.

- | | |
|----|--|
| C. | Las autolesiones se asocian con al menos uno de los siguientes puntos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Asuntos interpersonales, sentimientos o pensamientos negativos, tales como depresión, ansiedad, tensión, enfado o autocrítica, mismos que tienen lugar en el período inmediato anterior a la autolesión. 2. Periodo de preocupación con el comportamiento que se planea realizar, hay presencia de dificultad para controlarse, que aparece antes de llevar a cabo la conducta. 3. Pensamientos acerca de autolesionarse con presencia frecuente, incluso sin que se lleve a cabo. |
| D. | No es aceptado socialmente (por ejemplo, se excluyen las perforaciones y tatuajes) y tampoco se limita a Conductas Repetitivas Centradas en el Cuerpo (CRCC), por ejemplo, morderse las uñas. |

Criterios del DSM-5 para determinar una autolesión no suicida

E.	Las consecuencias o la conducta en sí misma, provoca malestar clínicamente significativo o bien, interfiere con sus áreas interpersonales, académicas o en otras que son importantes para el buen funcionamiento de la persona.
F.	No forma parte exclusiva de un episodio psicótico ni existe otra condición médica que lo explique.

Flores-Soto *et al* (2018); Roberts *et al* (2014) identificaron los siguientes factores de riesgo para la conducta autolesiva:

Factores sociodemográficos y educativos:

- Distribución de género: por cada hombre hay seis mujeres que la practican.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Problemas de identidad sexual.

Factores negativos de la vida personal y relaciones familiares desfavorables:

- Bajo nivel de educación
- Padres separados, divorciados o fallecidos.
- Experiencias infantiles o durante la adolescencia desfavorables.
- Abuso sexual o físico en el pasado.
- Trastornos mentales o suicidios en la historia familiar.
- Disputas familiares.
- Bullying.

Factores psiquiátricos y psicológicos:

- Trastornos mentales: se reportó que 99.01% de las personas que llegaron a autolesionarse, presentaron patologías como depresión, desorden de

personalidad, síndrome de estrés postraumático, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo o disociativo, despersonalización, ansiedad, pánico, déficit de atención y/o trastorno de hiperactividad.

- Abuso de drogas o alcohol.
- Impulsividad.
- Autovaloración negativa.
- Baja autoestima.
- Habilidades inadecuadas y/o deficientes para resolver problemas sociales: generalmente existe una elevada propensión para evitar enfrentarse a problemas.
- Perfeccionismo.
- Desesperanza.

Factores biológicos:

- Niveles bajos de serotonina, es la encargada de transportar los impulsos entre algunos nervios a un área cerebral llamada *nuclei raphe*, misma que se encarga de regular la impulsividad y la agresión.
- Trabajo de los neurotransmisores: los opioides se encargan de la regulación de emociones y la supresión del dolor, estos tienen un resultado placentero, cuando se producen autolesiones se estimula la producción de estos.
- Asociaciones: las personas aprenden a asociar la autolesión con sentimientos positivos y cada vez que se sienten mal se lastiman para sentirse mejor.

Las personas que se autolesionan están haciendo uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y la evitación, pero ¿qué son los estilos de afrontamiento? Son los

esfuerzos cognitivos y conductuales que la persona tiene para manejar las demandas internas y externas de la transacción de persona-ambiente, estas pueden apreciarse cómo impuestas o superan los recursos de la persona. Lazarus y Folkman (1984, citado en González, Vasco-Hurtado *et al.*, 2016) identificaron dos estilos de afrontamiento:

- Orientado al problema: dirigido a actuar sobre la situación generadora de estrés, con objetivo de solucionar el problema.
- Orientado a la emoción: busca modificar la manera en que se interpreta o valora una situación, esto involucra estrategias de afrontamiento de distanciamiento, autocontrol, reevaluación positiva, escape y evitación. El problema de este estilo de afrontamiento es que el estrés psicológico se reduce a costa de daño en el bienestar integral del individuo.

Aunado a lo antes mencionado, el DSM-5 (2014), propone dos teorías psicopatológicas sobre las posibles razones por las que se mantiene la conducta (ver Tabla 5).

Tabla 5

Teorías psicopatológicas del DSM-V para mantener la conducta autolesiva

Teoría	Descripción
1	La persona recibe reforzamiento positivo (se obtiene al castigarse a sí mismo porque siente que lo merece, obtener un estado de placer o al obtener la atención de la persona objetivo) o reforzamiento negativo (al reducir las emociones punitivas o evitar los pensamientos dañinos).
2	Por la compensación que experimenta la persona, donde los actos autopunitivos compensan los daños que los otros les provocan.

Asimismo, Chapman *et al* (2006, citado en Marín, 2020) diseñaron el *modelo de evitación de la experiencia*, para explicarlas:

- Presencia de consecuencias internas + reforzamiento negativo = reducción del estado de ánimo aversivo.
- Presencia de consecuencias externas + reforzamiento negativo = escape de demandas o tareas interpersonales.
- Presencia de consecuencias internas + reforzamiento positivo = estado de ánimo positivo.
- Presencia de consecuencias externas + reforzamiento positivo = atención y cuidados de otros hacia la persona.

Jones *et al* (2015) mencionan que es necesario utilizar un enfoque sin prejuicios, y de apoyo al hablar con la persona sobre su motivación de lastimarse, asegurarse de documentar la ubicación y el alcance de la lesión, cuando son cortes se recomienda calcular el periodo de tiempo de corte según la edad. Evaluar los riesgos adicionales, por ejemplo, problemas de conducta, problemas académicos o trastornos de alimentación. Una actitud de preocupación y comprensión es esencial para construir una terapia e inclusive una alianza amistosa con la persona. Se debe educar a la familia en las autolesiones como uso de estrategia de afrontamiento, la complejidad de los factores influyentes, las formas de proporcionar un entorno seguro y la importancia del trabajo en salud mental (Le Breton, 2018).

Se puede concluir que en las autolesiones se cambia el dolor emocional a la preocupación física, pues puede alejar a la persona de los sentimientos caóticos y brindarle la oportunidad de ser entendido. Las autolesiones cuentan una historia, que en ocasiones las cicatrices que dejan se convierten en insignias de honor para la persona (Castro *et al.*, 2017). Sin embargo, ¿por qué se considera un factor de riesgo para las conductas suicidas? Las autolesiones ocurren sólo unas veces, pero pueden tornarse adictivas, en una encuesta

realizada por Le Breton (2018) reportó que el 37% de los jóvenes declaró haber querido parar con la conducta, sin embargo, no fue posible ya que se tornó adictiva, por lo que aunque en un inicio la persona opte por utilizarlas para mejorar su vida, el propósito puede tornándose en autolesiones mayormente frecuentes y de mayor letalidad, más aún cuando se combina con otros factores psicosociales (Jones *et al.*, 2015), si no se busca ayuda profesional se puede generar riesgo para intentos suicidas; se ha reportado que la mayoría de hombres tienden a hacer uso de analgésicos para aliviar los dolores que causan las lesiones lo que los pone en un mayor riesgo suicida.

1.3.2 Ideación Suicida

La ideación suicida (IS) tiene que ver con el comportamiento cognitivo, por lo que es la que ha recibido mayor atención para su estudio y prevención. Incluye todas las ideas, planes, deseos, expectativas, fantasías que la persona tiene respecto a terminar con su propia vida, pero que no se han hecho presentes en el intento. Estas ideas ocupan un lugar central en la vida de la persona (García, Ocaña *et al.*, 2019). Cuando existe IS persistente posibilita que se lleven a cabo comportamientos autolesivos y en algunos casos letales (De la Torre, 2013).

La OMS (2014) clasifica a la ideación suicida en pasiva y activa. La pasiva son los deseos de querer estar muerto mientras que las activas son deseos de asesinarse a sí mismo. Estas están dadas por la inconformidad y desesperación que la persona tiene para con su vida. (Toro *et al.*, 2016). En México la investigación central se ha dado en estudiantes de secundaria y bachillerato (Córdova, Rosales y García, 2012). La temporalidad de esta, varía en cada caso y puede ser explicada por los ajustes de riesgo psicosociales externos de la persona. Se puede presentar en grados (Córdova y Rosales, 2016; Pérez, 2006 citado en Pedreira, 2019):

- Sin indicios de planear acción: la persona manifiesta deseos de matarse, pero no sabe cómo hacerlo.
- Con selección de método inespecífico o indeterminado: la persona presenta deseos de matarse y maneja varios métodos sin decidirse por uno en específico.
- Con una selección específica de método, pero sin planeación: la persona desea morir, ya tiene un método elegido, pero aún no sabe cuándo, en dónde y tiene las precauciones.
- Con plan suicida: Ya hay clarificación de modo, lugar, tiempo y precauciones para no ser descubierto.

En México aproximadamente el 3.4% de los adolescentes en edades comprendidas entre 12 y 17 años han presentado IS, la proporción ha sido 3-1 mujeres, hombres. Esta presenta porcentajes mayores a la media nacional, quizá por la edad de la muestra, ya que de acuerdo a los datos del INEGI (2021) la población de 10 años y más ha pensado suicidarse, 6% frecuentemente, 5% casi siempre, 34% algunas veces y 54% rara vez, en cuanto a sexo el 34% de los hombres lo ha pensado algunas veces y el 59% rara vez, para esta conducta hay mayor probabilidad para el sexo femenino, y se han encontrado porcentajes mayores al 50% en jóvenes de los 13-19 años (García, Ocaña *et al.*, 2019; Rosales, Córdova y Ramos, 2012). Las cifras que se han identificado son que, solo uno de cada doscientos jóvenes con ideación suicida realizará un intento de suicidio, y alrededor de uno de cada quince lo realizará.

El consumo de drogas es el principal predictor de la presencia de ideación suicida (83%). Se ha encontrado que en jóvenes hombres de educación media básica la IS se relaciona principalmente con el afecto negativo, respuestas agresivas de afrontamiento y violencia de los padres. De igual forma aquellos que han sido víctimas de abuso sexual muestran mayor

proporción en IS (67%). Además, se relaciona esencialmente con un malestar depresivo, para jóvenes hombres universitarios; lo reportado en porcentajes es similar para ambos sexos, las diferencias encontradas se dan en las variables predictoras de la conducta, en hombres son las respuestas agresivas de afrontamiento de los problemas familiares, problemas o trastornos emocionales. Los resultados arrojados en la investigación de Rosales, Córdova y Ramos (2012) para estudiantes mexicanos, indicó que, de cada cien personas, entre diez a quince presentan IS.

A mayor detalle las variables que más influyen en hombres para IS son: autoestima baja, agresión en la familia y estrés social, percibir un desempeño escolar bajo, no tener religión, la presencia de un evento estresante en los últimos meses, vivir una infancia sin reglas y castigos o con muchas de ellos, abuso sexual, falta de dinero, haber estado en tratamiento a causa de intentos previos. Las variables psicológicas que están involucradas corresponden a una interpretación negativa del yo, del medio y del futuro junto a perturbaciones emocionales (Córdova, Rosales y García, 2012), esto es explicado mediante la triada cognitiva que propone Beck sobre la depresión: inicia y se mantiene por la interpretación que la persona hace de sí misma, del mundo y del futuro. Es decir, que hay una cognición negativa de sí mismo, al mundo se le ve como un lugar detestable y el futuro pinta de peor forma. Esto lleva a que la persona considere que todo en su vida es malo y que no hay razones para luchar por ella.

Este modelo se basa en los esquemas con un contenido y estructura particular que en conjunto se les denomina *modo*. El contenido esquemático es la experiencia almacenada y se compone de pensamientos y creencias que se clasifican en: *nivel básico* (pensamientos automáticos), *nivel intermedio o de las creencias intermedias* y el último nivel denominado

creencias nucleares. Por estructura se entiende a la interrelación entre los esquemas modos. La cantidad de ideas relacionadas responsables del proceso de información que es distorsionada gracias al funcionamiento esquemático da como resultado lo que se conoce como distorsiones cognitivas. Los hombres presentan mayor vulnerabilidad a desarrollar depresión ante estresores específicos (Toro *et al.*, 2016).

Por tanto uno de los factores de riesgo más destacables es la desesperanza, la cual considera que no hay un futuro viable en donde los problemas nunca se terminaran, por lo que la persona percibe imposibilidad de lograr algo, aunado a imposibilidades que le generan resignación y abandono de sueños y ambiciones; la depresión, es otro de los factores principales, es definido como un trastorno mental caracterizado por tristeza, pérdida de placer, sentimientos de culpa y autoestima baja, puede estar acompañado de patrón del sueño y apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, que puede tornarse crónico y recurrente, puede afectar el desempeño de las labores de la vida cotidiana (Toro *et al.*, 2016). Asimismo, se ha encontrado que la familia es uno de los factores que afectan o disminuyen la presencia de conductas suicidas. Cuando la unión familiar no es percibida genera un sentimiento de exclusión que sin los factores protectores puede dar lugar a IS (Reynoso *et al.*, 2019).

El estilo de comunicación es retraído e introvertido, hay poca capacidad para la resolución de problemas, sus pensamientos se focalizan en lo negativo, por lo que se evalúa como limitado para lograr ser feliz. Esto está condicionado por los factores de organización, estructura y funcionamiento de la personalidad y la presencia de acontecimientos vitales estresantes de cierto impacto. Pedreira (2019) propone las siguientes rutas, mismas que pueden permitir la aparición de IS:

- Ruta 1: proviene de la victimización por parte de los pares.
- Ruta 2: presencia de un estilo atribucional negativo, de cuadros o síntomas depresivos con o sin IS. La persona es disfuncional en cuanto a la resolución de problemas.
- Ruta 3: aspecto cuantitativo de la interacción y comunicación social, pocas amistades y/o escasos soportes sociales.
- Ruta 4: presencia de relaciones con pares problemáticos.

En su fase más aguda la IS presenta síntomas como retraimiento, apatía y bloqueo cognitivo, dificultad afectiva e inhibición con dificultades de expresión lingüística de emociones. Se presenta una pobre regulación de los afectos, que origina una imposibilidad para tomar decisiones, dificultad para generar alternativas y dificultad para evaluar las consecuencias que pueden tener las propias acciones.

En ocasiones la persona no verbaliza sus ideas suicidas, por lo que se debe estar al pendiente de los siguientes puntos (Pedreira, 2019):

- Cuando resta importancia a las ideas suicidas, las minimiza con expresiones como *“No te preocupes por mí, no haré nada”*.
- Cuando hay un cese de angustia, generalmente después de una fase de agitación se puede haber resuelto el conflicto entre desear vivir o morir. Se manifiesta en lo que se traduce como *la calma antes de la tormenta*.
- La persona se identifica de manera encubierta o explícita, con un conocido suicida mediante expresiones como *“Yo no pienso hacer lo mismo que hizo fulanita”*, o lo menciona sin que se haya hablado de la persona durante la conversación.

- Comparan su situación con la de una persona que se suicidó, principalmente cuando se le está investigando para un diagnóstico.
- Cuando se le pregunta si ha intentado quitarse la vida hace gestos como el llanto pronunciado, quedarse callado repentinamente, fruncir el ceño, mostrarse intranquilo, molesto o angustiado.
- Esconde el método que planea usar, o se le ve dirigirse constantemente al lugar que eligió y que habitualmente no es frecuentado por ella misma.
- Presenta nerviosismo alto o la ingesta de cantidades altas de sustancias como el alcohol, que antes no realizaba.

Por su parte, en su estudio, Caballero, Suárez *et al* (2015) encontraron que personas con IS disponen de demasiada atención en sus emociones, es decir, excesiva rumiación y valoración especialmente para las emociones negativas, a partir del cómo se reconocen a nivel físico, cognitivo y afectivo. Por tanto, hay una sobre atención emocional y una baja regulación emocional. Al no comprender sus emociones y sentimientos procesan la información emocional de manera desadaptada hasta la manifestación de IS.

Se estima que un 20% de las personas que mantienen IS más adelante reportaran intentos de suicidio. Los jóvenes se ven confrontados a nuevas presiones sociales y demandas personales como éxitos y fracasos académicos, mayor independencia de la familia, inicio y crisis de las relaciones amorosas, cambios en las metas de vida, estas, en ocasiones resultan abrumadoras, por lo que llega a percibirse a sí mismo con escasos recursos para poder responder a ellas. La poca o demasiada integración social o regulación de las emociones propician la IS y con ello el suicidio (Suárez *et al.*,2016).

En la población universitaria, la salud mental de los jóvenes en ocasiones se ve afectada por las propias dimensiones de la etapa en la que viven, como el logro de la autonomía socioeconómica, la consolidación de una carrera universitaria, el moldeamiento de la identidad, el establecimiento de los vínculos de compromiso y conflictos familiares. En lo académico implica la preocupación por el rendimiento, las demandas y exigencias de competitividad, la falta de apoyo social y de disfunción familiar, así como posibles fallas en los recursos psicológicos personales, como las estrategias de afrontamiento, resiliencia, esperanza, compromiso, optimismo e inteligencia emocional. Esto en ocasiones propicia el origen de conductas autodestructivas como las IS o los intentos de suicidio (Caballero, Suárez *et al.*, 2015).

La IS puede anteceder a un plan suicida y a las conductas preparatorias para llevar acabo un intento de suicidio, es por ello por lo que el estudio de la IS ayudará a explicar la activación del proceso suicida y con esto se contribuirá al desarrollo de métodos para la detección, atención y prevención del proceso suicida desde su inicio.

1.3.3 Intento de Suicidio

En México el suicidio es la decimoquinta causa principal de muerte, la novena entre las personas de 5 a 14 años y la quinta causa principal de muerte entre las personas de 15 a 49 años. Aproximadamente el 40% de las personas que se suicidan lo han intentado anteriormente, además se ha reportado que el 87% de las mujeres que murieron por suicidio ya lo había intentado aproximadamente doce veces (De la Roca *et al.*, 2020).

El intento de suicidio es cualquier acción mediante la cual la persona se causa una lesión o daño físico con el fin de obtener su propia muerte, sin importar la letalidad del método

empleado y el conocimiento real de su intención (Chávez, Pérez *et al.*, 2004). Se considera intento cuando se inició la conducta o se está apunto de, pero la persona se arrepintió o alguien lo detuvo, no es considerado si en el tiempo antes de siquiera intentar utilizar el método, la persona reflexiono o no realizo la conducta, exclusivamente se considera intento de suicidio si hubo la ingesta de un medicamento para reducir la ansiedad que le provocaría el realizar el acto (DSM-5, 2014). Hay factores que influyen para que se produzca el intento de suicidio y no un suicidio en sí mismo, por ejemplo, una planificación pobre, falta de conocimiento acerca de la letalidad del método elegido, escasa intencionalidad o ambivalencia o la intervención casual de otras personas después de haber iniciado el intento.

Estudios han indicado que en México por cada intento de suicidio reportado hay veinte que no se reportan. Los intentos suicidas en adolescentes son generalmente confundidos con accidentes, por dos razones principales: el propósito real no fue expresado de forma verbal o escrita y en segundo lugar por lo difícil que resulta para la familia aceptar que esas cosas ocurran en casa. En la población masculina, el estrés cotidiano y el asociado a los cambios fisiológicos, síntomas depresivos, consumo de alcohol o drogas, estrés familiar, violencia en las relaciones familiares, fungen como factores de riesgo principales para que se presente un intento suicida.

Otros factores asociados al intento de suicidio son la pérdida de algún familiar, la presencia previa de una historia de suicidio en la familia, problemas de salud mental en la familia, así como los factores económicos, sufrimiento intenso, carencia de recursos psicológicos para hacerle frente, desesperanza profunda ante el futuro, que se acompaña de la percepción de la muerte como la única salida, consumo abusivo de sustancias, aparición de depresión o de una psicosis. Un entorno familiar conflictivo o nulo, problemas en pareja,

orientación sexual no asumida, fracaso escolar, bullying, impulsividad, baja autoestima, inestabilidad emocional o dependencia emocional extrema (DSM-5, 2014).

Los intentos de suicidio son de 10 a 20 veces más altos que los suicidios. En su estudio Chávez, Pérez *et al* (2004) encontraron que los hombres tienden a explicar su intento suicida en función de eventos precipitantes, tales como: padecer enfermedades, ser víctimas de abuso sexual y tener pérdidas, ya sea por muerte o separación de una persona significativa. Los métodos mayormente encontrados fueron el uso de objetos punzocortantes y la intoxicación con medicamentos. En los hombres se registró la inclinación por los objetos punzo cortantes. Los jóvenes que han padecido grave sufrimiento tienen mayor vulnerabilidad al aumento de sus factores de riesgo para cometer suicidio.

Una hipótesis que se plantea para que exista un intento suicida es que tiene que haber un suceso estresante que genere emociones negativas, este debe producir un deseo por escapar de la situación o de comunicar a otros sus problemas, junto a una valoración negativa de que esa opción no es posible, por tanto, hay una falta de recursos para aliviar la crisis percibida (De la Torre, 2013).

Los criterios que propone el DSM-V para calificar como intento suicida a un acto se pueden observar en la Tabla 6.

Tabla 6*Criterios del DSM-5 para calificar como intento suicida a un acto*

A.	La persona ha realizado un intento de suicidio (secuencia de comportamientos pensados en un fin último: la muerte; el momento de inicio es en el que se aplicó el método de suicidio) en los últimos dos años.
B.	El acto no sólo es una autolesión dirigida a la superficie corporal con el único fin de aliviar un dolor psicológico e inducir estados placenteros.
C.	No se aplica a la ideación suicida o los actos preparatorios.
D.	El acto no fue realizado durante un estado de confusión o delirio.
E.	El acto no se llevó a cabo únicamente con un fin político o religioso.
F.	Se considera actual si no han transcurrido más de 12 meses desde el último intento.
G.	Se considera en remisión inicial, si han transcurrido de 12 a 24 meses desde el último intento.

La incidencia de suicidio en hombres es de tres a cuatro veces mayor que en mujeres, ya que su determinación por provocarse la muerte suele ser superior. Los hombres son más impulsivos, tienen menor tolerancia a la frustración, les cuesta buscar ayuda ante el sufrimiento y son mayormente afectados por trastornos adictivos. Este mayor índice tiene relación con que ellos soportan peor la soledad o las rupturas de pareja, no suelen hablar de sus problemas y generalmente viven con mayor estrés y angustia en su actividad laboral (Echeburúa, 2015).

El intento suicida es clasificado según la violencia del método utilizado, según las consecuencias médicas del comportamiento (alta letalidad, baja letalidad) y según el grado de planificación frente a la impulsividad del intento. El DSM-5 excluye como intento de suicidio a los pactos suicidas que realizan las personas o cuando es utilizado para actos políticos o religiosos. Generalmente se presenta cuando hay varios trastornos mentales, trastornos por

consumo de sustancias, trastorno límite de personalidad, el antisocial, de la conducta alimentaria y de adaptación.

Es conveniente evaluar la letalidad del intento suicida pues esto indica la severidad e irreversibilidad del acto (De la Torre, 2013). El método de suicidio elegido suele dar información sobre la intencionalidad de la persona suicida, pero también puede relacionarse con la posible existencia de un trastorno mental. Cuanto más violento es el método elegido, más incidencia de patologías psiquiátricas puede haber.

Hay probabilidad de que quienes intentan suicidarse lo intenten más veces en el futuro. Este acto varía de acuerdo con la cultura de la persona. Generalmente se ha ocupado un procedimiento letal y no ha logrado ser letal por la inexperiencia de la persona en el manejo del método que utilizó, por la rápida intervención de los servicios médicos o alguna otra persona, así como casos en donde se frustra por el azar. Cuando hay un intento de suicidio la persona generalmente se siente arrepentida de no haber sido más cautelosa en el plan suicida que ya tenía, por tanto, es probable que lo intente nuevamente y esta vez sí lo realice.

Si una persona no expresa directamente pensamientos suicidas, pero cumple con los factores de riesgo mencionados, se le tiene que preguntar directamente por ellos, esto no aumentará el riesgo de suicidio, sino que servirá para valorar el grado en el que la persona ha transformado su deseo de morir en una decisión estable para matarse. Es importante prestar atención en lo que se conoce como la visión de túnel, donde no existe otra salida que no sea la muerte (Echeburúa, 2015).

La prevalencia del intento de suicidio es más difícil de conocer, ya que muchos de los intentos no son reportados. Estimaciones indican que por cada suicidio hay de 10 a 18 intentos

fallidos (García, Sahagún *et al.*, 2010). Estudios de seguimiento que se han realizado han demostrado que el 10% de las personas que intentaron suicidarse lo han conseguido dentro de los siguientes 10 años (Baader *et al.*, 2011). Se ha clasificado al intento de suicidio en cuatro grados:

- Grado 1 y 2: se involucran métodos de menor riesgo (Tentativa suicida de baja letalidad, TBL)
- Grado 3 y 4: tentativa de alta letalidad

En intentos de suicidio el más utilizado es la ingestión de fármacos. Se ha encontrado que el sobrevivir solo aumenta un 6.7% el riesgo de presentar intento suicida de alta letalidad, y el consumo de alcohol previo lo aumenta 3.8 veces (García, Sahagún *et al.*, 2010).

Borges *et al* (2009), encontraron una prevalencia del 8.79% de ideación suicida en la población que estudiaron, una prevalencia del 1.22% para plan suicida y 0.79% para intento suicida durante los últimos 12 meses que antecedieron al estudio, de estos solo el 0.13% utilizaron servicio médico. De acuerdo a los estimados realizados en ese año, se tiene que, de los 75 millones de habitantes en la República Mexicana, 6,601,210 mexicanos tuvieron ideación suicida, 918,363 planearon un suicidio, 563,600 intentaron suicidarse, de los que 99,731 requirieron servicios médicos. Los métodos más utilizados fueron sobredosis y armas de fuego/blancas. El suicidio se realizó principalmente mediante ahogamiento/estrangulación.

Sin embargo, a pesar de todo lo antes mencionado los intentos de suicidio tienen registros inexactos para determinar cuántos se dan al año, debido a la falta de mecanismos confiables para su registro, la inexactitud de certificados de defunción, el estigma social y religioso y la preocupación para ocultar o enmascarar el suceso.

1.4 Epidemiología del Suicidio

Actualmente el suicidio se ha posicionado como la segunda causa de muerte en jóvenes de entre 15 a 29 años. La gama de variables por lo que esto se presenta es variada; existen factores personales, sociales, psicológicos, culturales, biológicos y del entorno que pueden influir en la toma de esta decisión; se llegan a presentar simultáneamente o de manera aislada en diferentes períodos de tiempo. En el 2014 la Organización Mundial de la Salud (WHO por sus siglas en inglés) informó que alrededor del mundo se presentan 5.1 suicidios por cada 100,000 habitantes lo que es equivalente a un aproximado de 800,000 personas muertas por suicidio al año. Se estima que por cada persona que se suicida, veinte lo intentan.

Las cifras más actuales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) indican que en los últimos diez años ha habido un incremento en el porcentaje de muertes por suicidio con respecto al total de muertes violentas en México. De cada 100,000 habitantes para el año 2009 se presentó el 7.7% en el país, mientras que en el 2018 hubo el 8.1%, lo que habla de un incremento del 0.4%. En el año 2009 se registraron 5190 suicidios, que representan el 0.91% del total de muertes de ese año, mientras que en el año 2018 se registraron 6805 suicidios, que representan el 0.94% del total de las muertes del mismo, por tanto, se mostró un incremento del .03% que representa 1618 suicidios más, en 10 años.

Cabe destacar que las cifras ofrecidas por el INEGI corresponden al total general de la población que se suicidó, indicando un aproximado del 18.5% por cada 100,000 habitantes de población joven de entre 20-24 años, por lo cual se estima que, del total de los 6805 suicidios cometidos en el año 2018, 1256 corresponden a estas edades.

Enfocando el fenómeno exclusivamente al Estado de México y la Ciudad de México, se tienen los siguientes datos: en el año 2012, CDMX mostró un índice de suicidios de 426 (7.68% del total de suicidios de ese año), para el año 2009 el INEGI reportó 371 suicidios (7.15% del total de suicidios de ese año), mientras que para el año 2018 se registraron 227 suicidios (3.33% del total de suicidios de ese año), es notable que en diez años se disminuyó la tasa de suicidio aproximadamente en 4%. De los 227 suicidios reportados en 2018 se estima que 42 fueron cometidos por jóvenes de entre 20 a 24 años.

Para el Estado de México el año 2014 reportó 670 suicidios (10.77% del total de suicidios de ese año); en el año 2009 se registraron 421 suicidios (8.11% del total de suicidios de ese año), finalmente en el 2018 se reportaron 584 suicidios (8.58% del total de suicidios de ese año). De los diez años transcurridos hubo un incremento de 0.47%, sin embargo, en comparación con el 2012 hubo una disminución en tasa de aproximadamente 2.19%. De los 584 suicidios informados en el 2018, aproximadamente 108 fueron jóvenes de entre 20 a 24 años.

Ahora bien, la tasa de suicidio también es diferente entre el sexo femenino y masculino, se estima que aproximadamente de cada 100,000 suicidios el 4% se da en mayor medida entre mujeres de 15 a 19 años. A su vez, de cada 100,000 suicidios el 15.1% se da en hombres de 20 a 24 años. Lo que demuestra que el sexo masculino es el que presenta en mayor tasa suicidio.

1.4.1 Epidemiología del Suicidio en Hombres Jóvenes

Se estima que aproximadamente por cada diez suicidios que se dan ocho son cometidos por hombres; en la República Mexicana para el año 2018 de los 6808 suicidios registrados

5446 fueron por hombres, de los cuales alrededor de 1028 fueron registrados por jóvenes hombres de entre los 20 a 24 años. Lo cual comparándolo con las cifras de diez años atrás tuvo un incremento de aproximadamente 245 suicidios (0.31%),

En la CDMX se tiene que para el 2018 los suicidios masculinos fueron 167 de los cuales 34 fueron en población de entre los 20 a los 24 años. En el Estado de México se registraron 442 suicidios masculinos, 82 fueron cometidos por edades de entre los 20 a los 24 años.

A pesar de que la CDMX y el Estado de México no se ubican dentro de los primeros cinco lugares dentro de la tasa de suicidio en el país, se debe tener mayor atención en los hombres pues son los que sin importar el lugar geográfico donde se encuentren marcan mayor riesgo suicida en comparación a las mujeres.

2. México y Suicidio

El presente capítulo aborda la prevalencia de conductas suicidas en México, así como algunos de los factores asociados a ellas. México ocupa el tercer lugar en suicidios anuales en toda América, por lo que es importante atender la problemática con mayor énfasis en las poblaciones más vulnerables, para el caso de esta revisión concierne la población masculina de entre los 18 a los 25 años específicamente en Ciudad de México y Estado de México (Oronoticias, 2020).

2.1 Suicidio en la Ciudad de México y el Estado de México

Para el año 2019, las tres entidades que superaron los 500 casos anuales por suicidio fueron el Estado de México con 715 casos, Jalisco con 605 casos y Guanajuato con 493 casos. Se estima que el 10% de casos de suicidio se dan en el Estado de México, estamos hablando de que aproximadamente una persona se suicida al día, en su mayoría jóvenes de entre los 20 y 24 años (Miranda, 2019). El suicidio es el segundo motivo de muerte en jóvenes de entre los 15 y 19 años, por debajo de los accidentes automovilísticos. Mientras que a la par el rango de 19 a 24 años es la tercera causa por debajo de accidentes y homicidios. Con la pandemia causada por el COVID-19, el riesgo suicida ha aumentado, esto debido al estrés y ansiedad que generan las crisis económicas y sociales que inevitablemente se han estado viviendo, así como las pérdidas sufridas y los estragos que estas generan (Páramo, 2020).

Las estadísticas obtenidas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), indican que para el año 2017 del total de la población mayor a siete años (31,317, 7863) el 4.72% se ha sentido deprimido diario, el 6.28% semanalmente, el 4.47% mensualmente, el 27.27% algunas veces durante el año, el 54.55% nunca lo se ha sentido así y el 0.709% no lo

sabe. Asimismo, el 55% se ha sentido preocupado o nervioso durante el año. En el año 2019 del total de la población masculina el 25.63% ha sido diagnosticado con depresión, ya sea moderada o grave con/sin síntomas psicóticos.

Esto indica la magnitud de la problemática respecto a la salud mental en México, donde básicamente un cuarto de la población masculina ha sido diagnosticada con un cuadro de depresión y otro cierto porcentaje de personas no cuentan con las herramientas necesarias para reconocer que algo anda mal en ellos, esto probablemente es dado por la falta de educación emocional y/o la nula atención a su propia salud mental, el resultado de esto posiblemente desbordara en conductas suicidas o incluso el suicidio en sí mismo.

El incremento en las cifras del año 2019 lo avala; en el país el total de suicidios masculinos fue de 5906, y en lo que respecta al Estado de México fue de 583, comparado con las cifras de dos años atrás el incremento fue de 10.95% (5323 casos en el 2017) a nivel nacional y un 29.21% (428 casos en el 2017, 552 casos en el 2019) en el Estado de México.

Asimismo, las cifras más actuales del INEGI indican que para el año 2020 se registraron un total de 6449 suicidios masculinos, es decir, que hubo un incremento en la tasa de 9.19% (543 casos más que en el 2019) comparado con la tasa del año 2019 y 10.20% comparado con la tasa del 2017 (ver Figura 1 y 2). En las figuras se muestran los datos de Ciudad de México, debido a que mucha de la población que asisten a universidades ubicadas en el Estado de México viven en alcaldías de la ciudad, por lo que posiblemente comparten las mismas atmósferas que están favoreciendo el riesgo suicida.

Figura 1

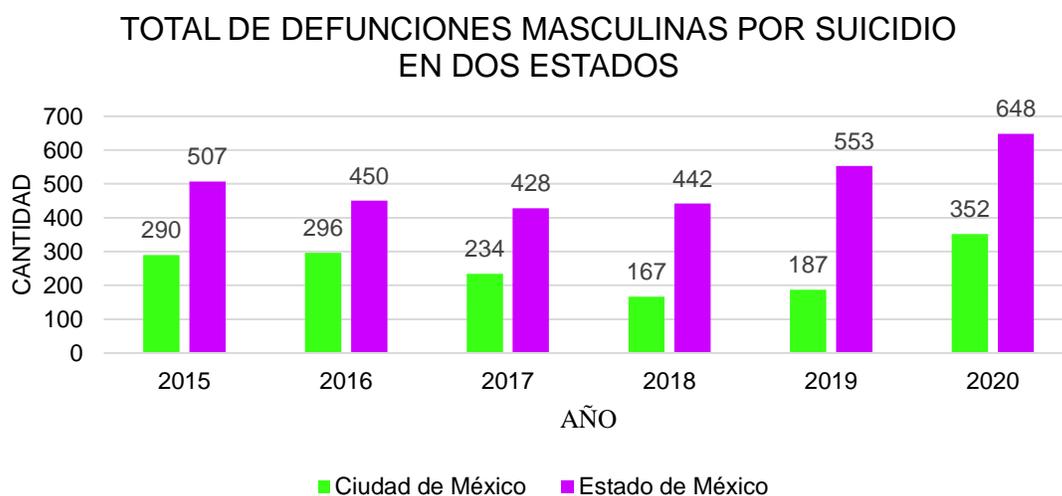
Total de defunciones masculinas por suicidio a nivel nacional



Fuente. INEGI. Elaboración propia. Defunciones por suicidio por entidad federativa y grupos quinquenales de edad según sexo, serie anual de 2010 a 2020.

Figura 2

Total de defunciones masculinas por suicidio

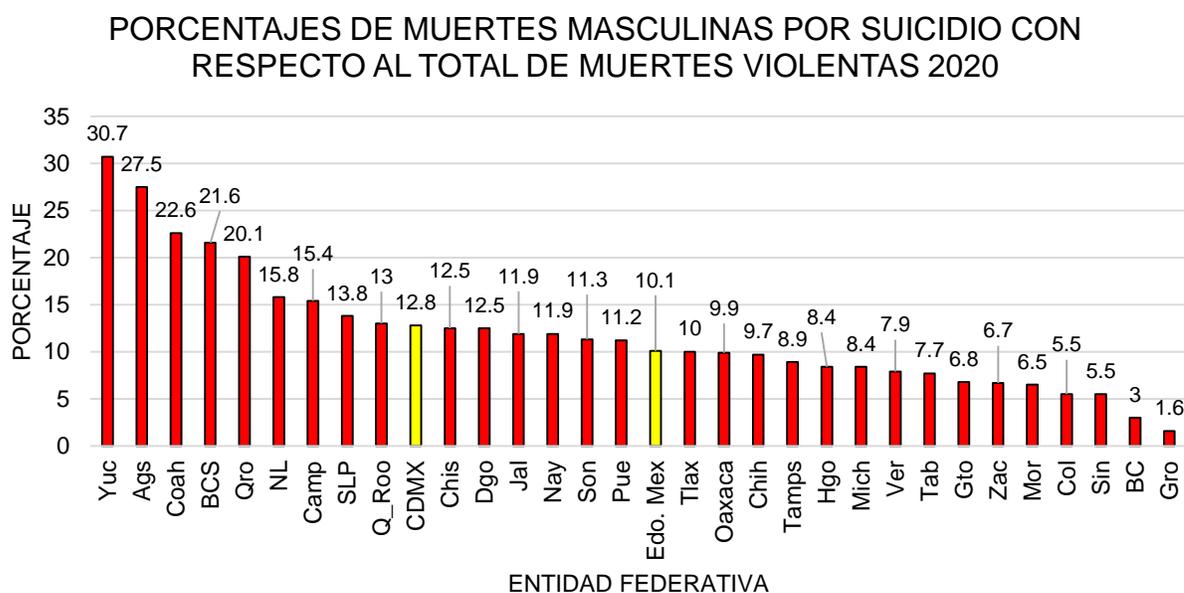


Fuente. INEGI. Elaboración propia. Defunciones por suicidio por entidad federativa y grupos de edad según sexo, serie anual de 2010 a 2020.

El año que presentó mayor porcentaje de defunciones por suicidio con respecto al total de muertes violentas fue el 2020 con un 9.4%. Para el mismo año, el porcentaje de suicidios registrados para Ciudad de México fue de 12.8% lo que lo coloca en el lugar 10 en relación con las demás entidades federativas, a su vez, el Estado de México registró un porcentaje de 10.1% lo que lo posiciona en lugar número 17 respectivamente (ver Figura 3). Es relevante mencionar que el lugar que ha ocupado tanto Ciudad de México como Estado de México ha variado con el transcurso de los años (ver Figura 4). El porcentaje de defunciones por suicidio con respecto al total de muertes violentas de CDMX y Edo. Mex se observa en la Figura 5.

Figura 3

Porcentajes de muertes masculinas por suicidio con respecto al total de muertes violentas 2020

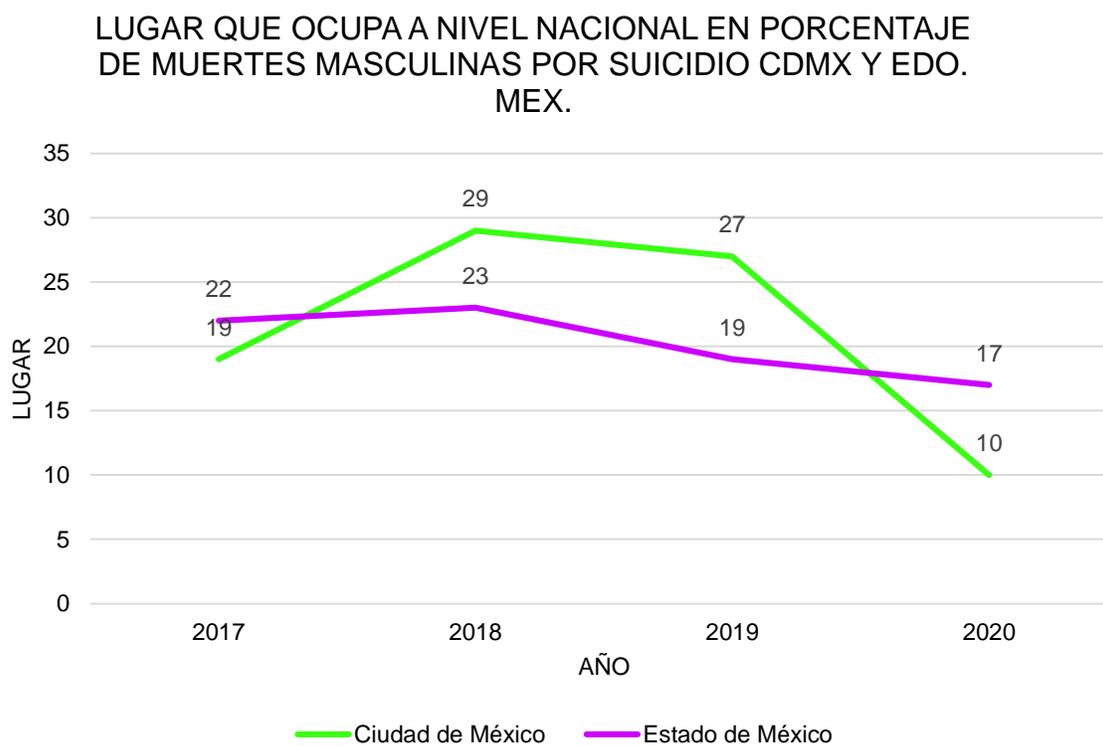


Fuente. INEGI. Elaboración propia. Porcentaje de defunciones por suicidio con respecto al total de muertes violentas por entidad según sexo, serie anual de 2010 a 2020.

Figura 4

Lugar que ocupa a nivel nacional en porcentaje de muertes masculinas por suicidio CDMX y

Edo. Mex

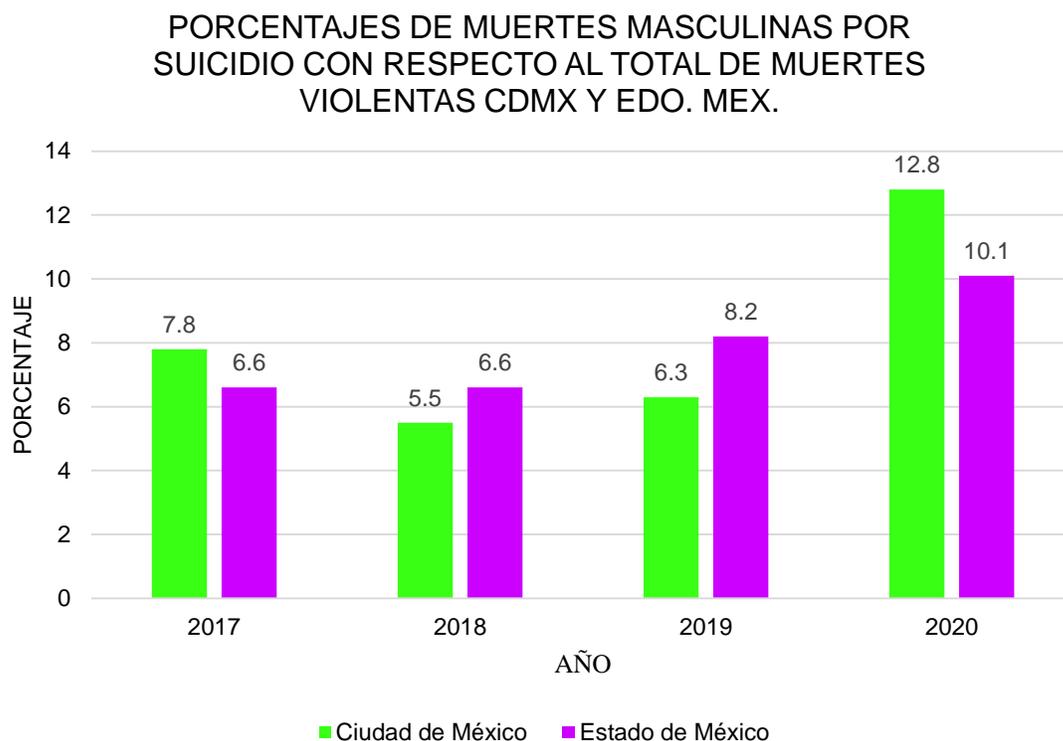


Fuente. INEGI. Elaboración propia. Porcentaje de defunciones por suicidio con respecto al total de muertes violentas por entidad según sexo, serie anual de 2010 a 2020.

Figura 5

Porcentajes de muertes masculinas por suicidio con respecto al total de muertes violentas

CDMX y Edo. Mex

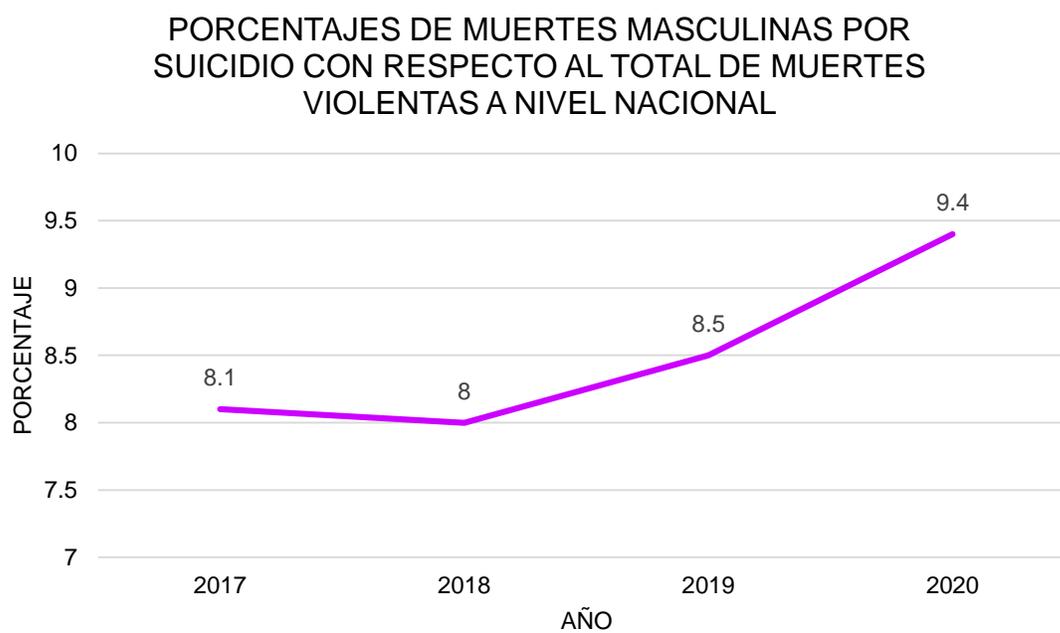


Fuente. INEGI. Elaboración propia. Porcentaje de defunciones por suicidio con respecto al total de muertes violentas por entidad según sexo, serie anual de 2010 a 2020.

En la Figura 6, se muestra el porcentaje de defunciones por suicidio con respecto al total de muertes violentas a nivel nacional.

Figura 6

Porcentaje de muertes masculinas por suicidio con respecto al total de muertes violentas a nivel nacional



Fuente. INEGI. Elaboración propia. Porcentaje de defunciones por suicidio con respecto al total de muertes violentas por entidad según sexo, serie anual de 2010 a 2020.

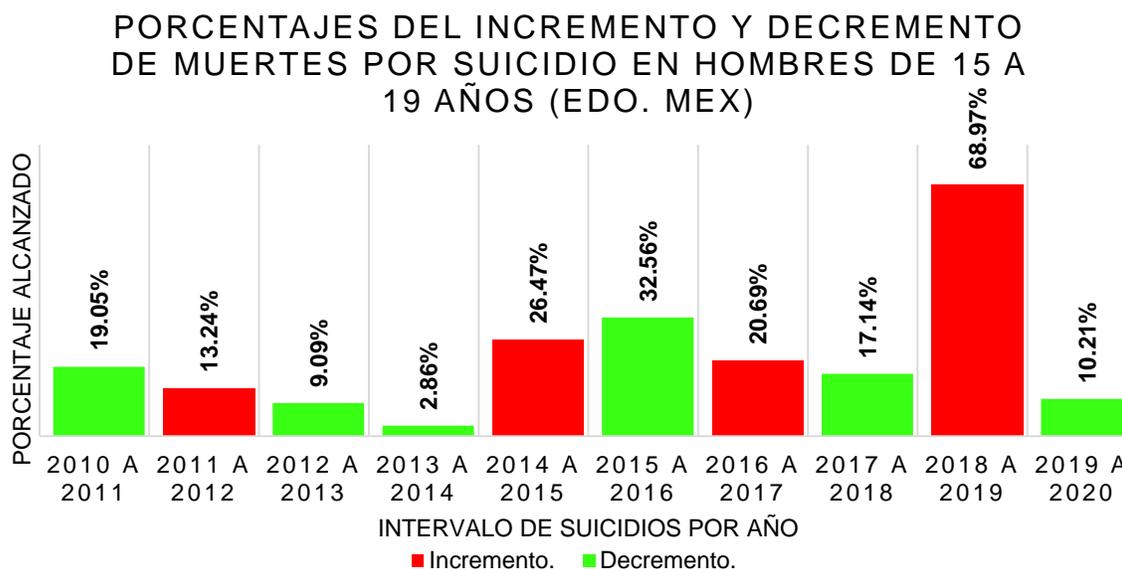
Los municipios del Estado de México donde más casos de suicidio se cometen son Ecatepec, Nezahualcóyotl, Chimalhuacán, Naucalpan y Toluca, probablemente esto está dado por la magnitud del municipio. Las siguientes tablas muestran las defunciones por suicidio correspondientes al Estado de México y Ciudad de México del año 2010 al 2020, por grupos de edades. Cabe resaltar que para el año 2020 en CDMX, el grupo de mayor suicidio fue el de 25 a 29 años, seguido del de 20 a 24; para el Edo. Mex el grupo de mayor tasa fue el de 20 a 24 años, seguido del de 25 a 29 años y finalmente el de 15 a 19 años (edades seleccionadas por el valor de la muestra para este trabajo).

En líneas generales se puede observar en la Figura 7 que el año con mayor incremento de suicidios masculinos de entre los 15 a los 19 años fue el 2019, pues de los 58 suicidios cometidos en el año 2018 pasó a 98, lo que indica un incremento de la tasa por el 68.97%, el más alto en los últimos once años de la revisión. Los porcentajes entre los incrementos y decrementos de suicidios han sido variados, como se puede observar no hay un punto lineal que muestre que la conducta se ha mantenido en un nivel semejante entre los intervalos en lo que respecta al rango de edad 15 a 19 años.

Figura 7

Porcentajes del incremento y decremento de muertes por suicidio en hombres de 15 a 19 años

(Edo. Mex)



Fuente. INEGI. Elaboración propia. Defunciones por suicidio por entidad federativa y grupos quinquenales de edad según sexo, serie anual de 2010 a 2020.

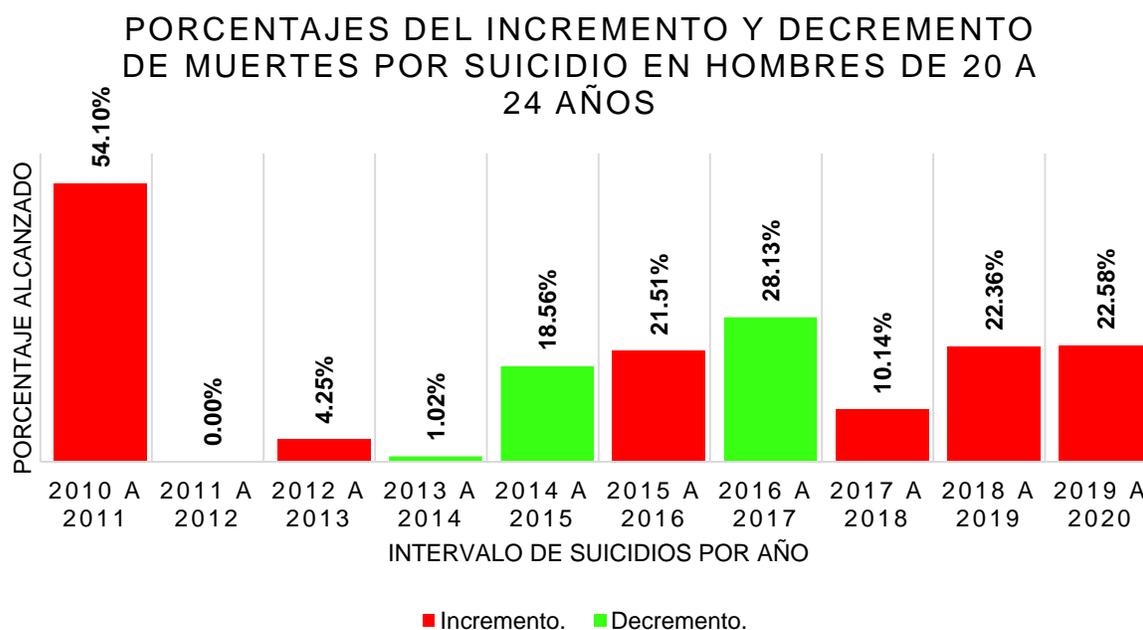
En la Figura 8 se puede observar que el mayor incremento de suicidios fue del año 2010 al 2011 con un porcentaje del 54.10%, sin embargo, aunque en el intervalo del 2012 al

2013 su incremento fue del 4.25% el año 2013 fue uno de los de mayor registro de suicidios masculinos (96) en los once años de revisión, algo similar ocurre con el intervalo del 2018 al 2019 donde el incremento fue del 22.36%, esto se dio debido a que en el año 2018 se registraron 76 suicidios masculinos, mientras que en el año 2019 se disparó a 93. Para este rango de edad el año que más suicidios masculinos ha registrado fue el 2020 con 114.

Figura 8

Porcentajes del incremento y decremento de muertes por suicidio en hombres de 20 a 24 años

(Edo. Mex)



Fuente. Elaboración propia. INEGI. Defunciones por suicidio por entidad federativa y grupos quinquenales de edad según sexo, serie anual de 2010 a 2020.

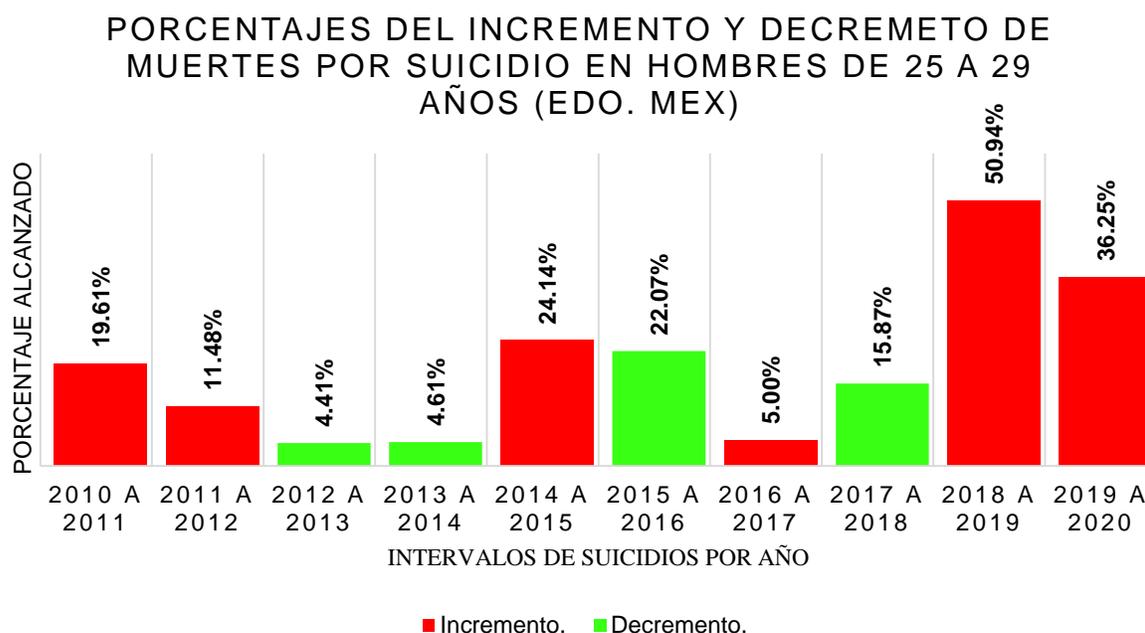
Como puede observarse en la Figura 9 la población de 25 a 29 años fue una de las más vulnerables, pues de tener un decremento considerable durante el intervalo del 2017 a 2018, aumentó al 50.9% en el siguiente intervalo, lo cual significa que el número de suicidios durante el año 2019 (80) fue elevado en comparación con el 2018 (53).

Las gráficas nos muestran el incremento de las defunciones por suicidio en grupos de edades, sin embargo, hay que resaltar que los tres grupos presentan patrones similares en el último intervalo, pues el incremento fue más del doble al intervalo anterior, lo que indica que es posible que el año 2019 fue o bien un arrastre multicausal de años anteriores o bien hubo un potenciador dañino que se reflejó en la conducta suicida. A pesar de que los incrementos en porcentajes para el año 2020 no fueron tan altos comparados con el año 2019, si hubo un incremento de suicidios para el grupo de 20 a 24 años (21 suicidios más) y para el grupo de 25 a 29 (29 suicidios más), que podrían ser explicados por los desencadenantes negativos que trajo la pandemia ocasionada por el COVID-19 tanto a nivel físico, mental y económico.

Figura 9

Porcentajes del incremento y decremento de muertes por suicidio en hombres de 25 a 29 años

(Edo. Mex)

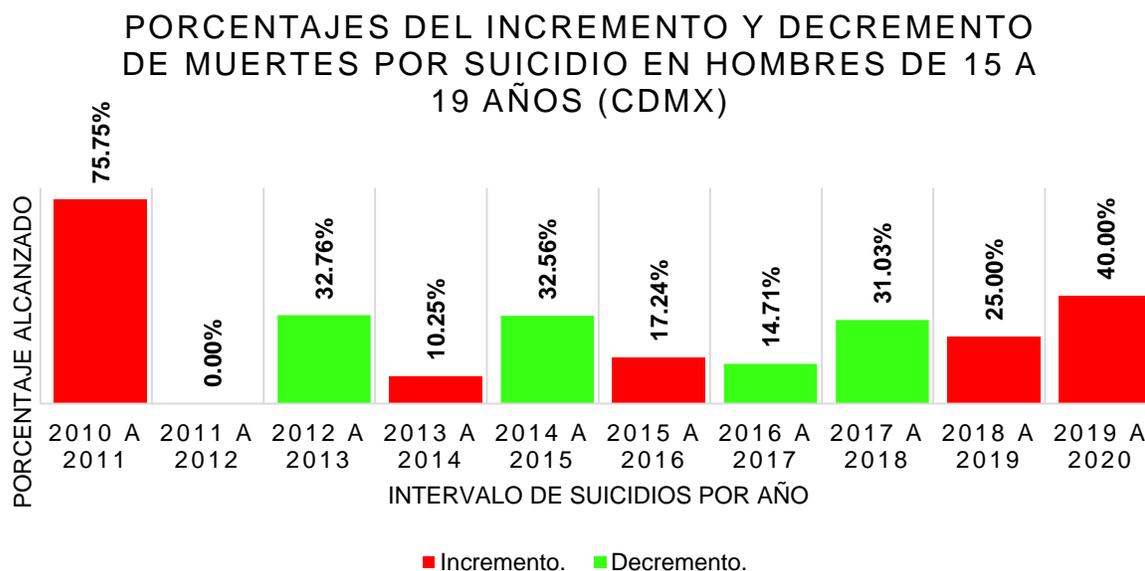


Fuente. Elaboración propia. INEGI. Defunciones por suicidio por entidad federativa y grupos quinquenales de edad según sexo, serie anual de 2010 a 2020.

Continuando con los porcentajes por grupos quinquenales, las siguientes Figuras, muestran los datos para CDMX. En la Figura 10, se puede observar que el año donde mayor incremento de suicidios se presentó fue el 2011 (25 suicidios más que el año 2010), sin embargo, más actual el año que presentó mayor incremento fue el 2020 (10 suicidios más que el año 2019).

Figura 10

Porcentajes del incremento y decremento de muertes por suicidio en hombres de 15 a 19 años (CDMX)

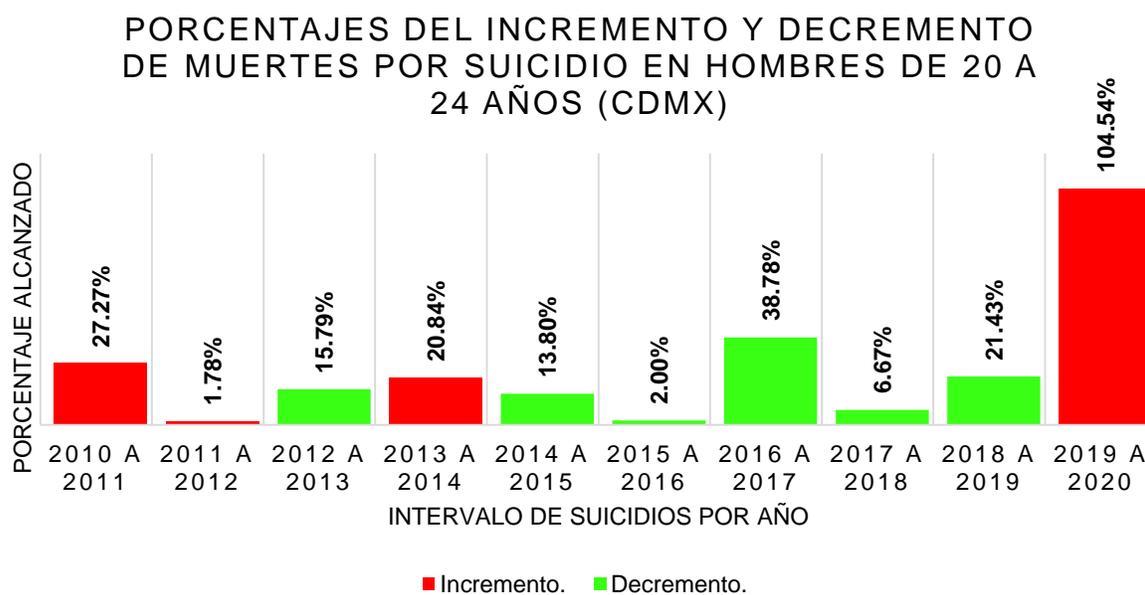


Fuente. INEGI. Elaboración propia. Defunciones por suicidio por entidad federativa y grupos quinquenales de edad según sexo, serie anual de 2010 a 2020.

La Figura 11 muestra claramente cuál fue el año que mayor incremento presentó; el año 2020 sumó 23 suicidios al año 2019, después de cinco años consecutivos donde había reducido la cantidad de suicidios para este grupo de edad. Al igual que en el incremento disparado que se mostró para el Estado de México, es probable que uno de los factores causantes de esto fueran todas las secuelas que dejó la pandemia, aunque como se ha venido mencionando anteriormente son múltiples factores que influyen en la persona para elegir suicidarse.

Figura 11

Porcentajes del incremento y decremento de muertes por suicidio en hombres de 20 a 24 años (CDMX)

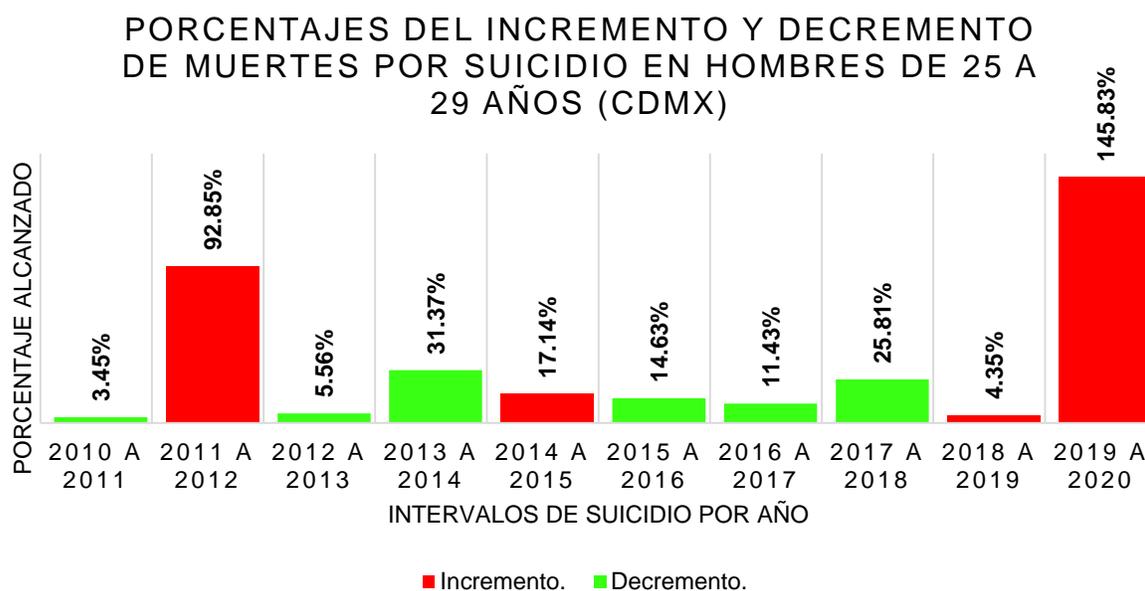


Fuente. INEGI. Elaboración propia. Defunciones por suicidio por entidad federativa y grupos quinquenales de edad según sexo, serie anual de 2010 a 2020.

Finalmente, la Figura 12 muestra que igualmente que el grupo quinquenal anterior, el año que más incremento de muertes por suicidio mostró fue el 2020, a este año se sumaron 35 suicidios al 2019.

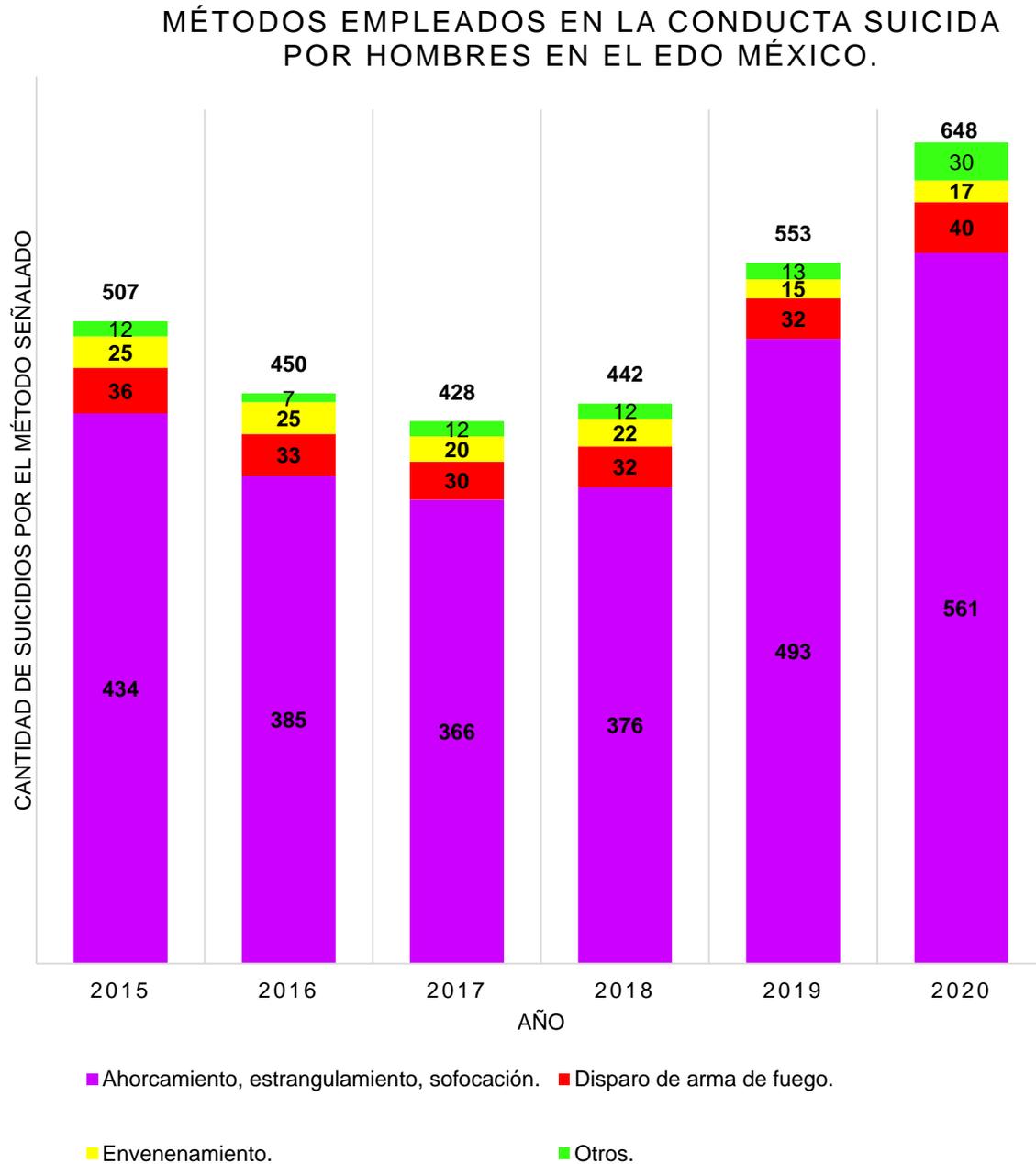
Figura 12

Porcentajes del incremento y decremento de muertes por suicidio en hombres de 25 a 29 años (CDMX)



Fuente. INEGI. Elaboración propia. Defunciones por suicidio por entidad federativa y grupos quinquenales de edad según sexo, serie anual de 2010 a 2020.

Un elemento central en la conducta suicida son los métodos empleados, conocer esto permite que los programas de prevención estén en sintonía con el lugar donde se van a implementar, pues procuran disminuir los factores de riesgo. En México los métodos mayormente utilizados son: el estrangulamiento, ahorcamiento y sofocación, seguido de disparos por armas de fuego, envenenamiento y otros (el *otros* comprende ahogamiento, material explosivo, vapores y objetos calientes, objetos cortantes, saltar de un lugar elevado, arrojarse o colocarse delante de un objeto en movimiento, colisión de vehículo de motor). En la Figura 13 se muestra la cantidad de hombres que emplearon cada uno de los métodos antes mencionados para el Estado de México.

Figura 13*Métodos empleados en la conducta suicida por hombres en el Edomex*

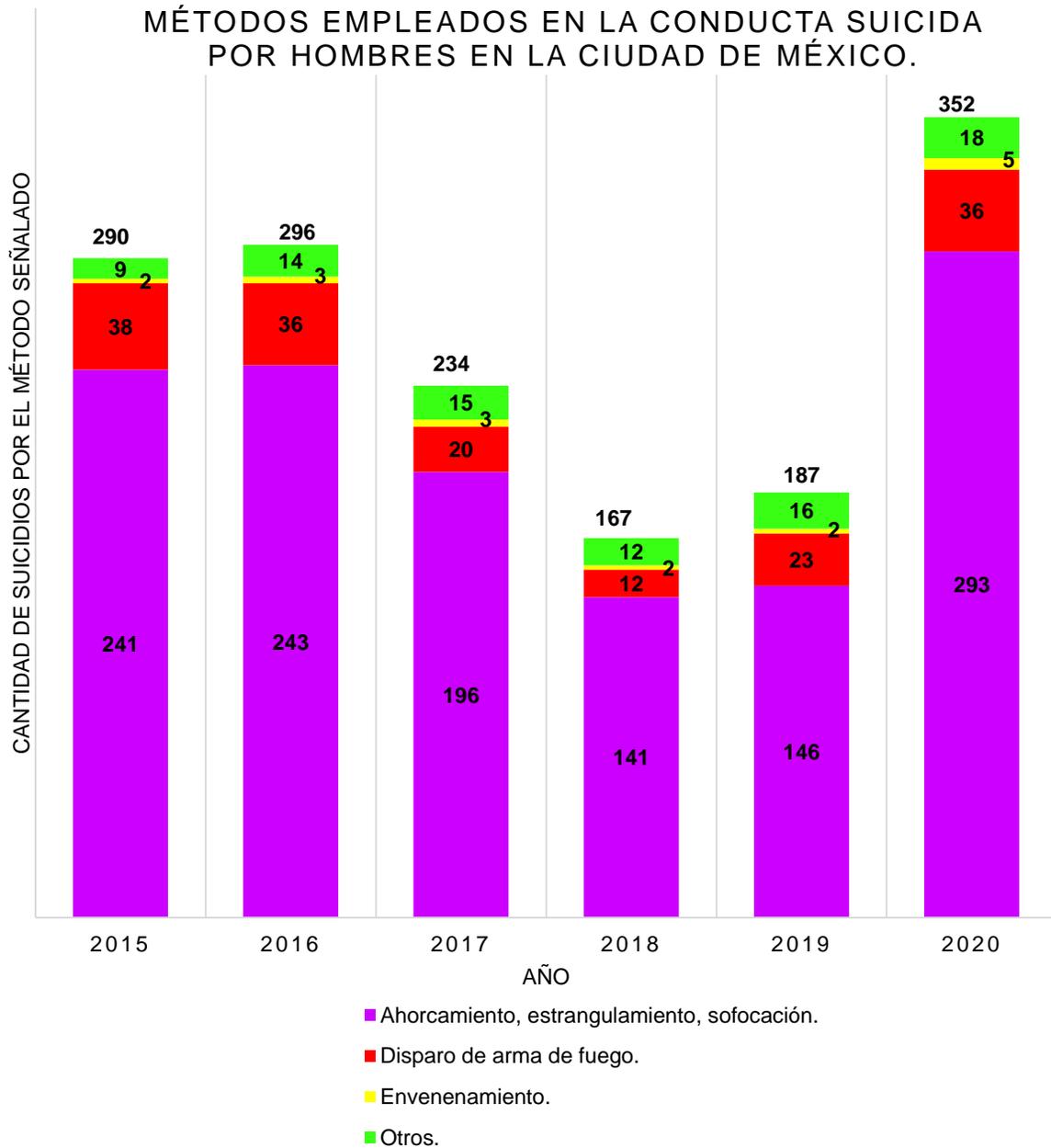
Fuente. Elaboración propia. INEGI. Defunciones por suicidio por entidad federativa y causa según sexo, serie anual de 2010 a 2020.

En la Figura 13 es claro que el método que mayormente se emplea por la población masculina en el Estado de México es el estrangulamiento/ahorcamiento/sofocación, no es raro imaginar el porqué de la elección de este método y es principalmente por la muerte violenta que representa, al igual que la implica el disparo por armas de fuego. Como se ha venido mencionando, los hombres tienden a morir en el primer intento suicida debido a la letalidad del método empleado, además del lugar y el tiempo que la persona elige, donde en la mayoría de casos la conducta es dada en horas que ellos están seguros que estarán solos por intervalos de tiempos prolongados, o en lugares lejanos o de difícil acceso para otros.

En la Figura 14, se pueden observar resultados similares a los que se reportaron en el Estado de México, en cuanto al método mayormente elegido: ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación. Como puede observarse el año con mayor tasa de suicidio registrada fue el año 2020, mientras que el año 2018 y 2019 fueron los de menor incidencia. Es importante mencionar que el método usado en menor frecuencia es el envenenamiento, pues para el año 2020 sólo el 1.42% de la población masculina en la Ciudad de México eligió este método, 1.07% para el 2019, 1.20% para el 2018, 1.28% para el 2017, 1.01% para el 2016 y 0.67% para el año 2015. Aunque no es muy común, el suicidio por arma de fuego ha representado el segundo método mayormente usado en la Ciudad de México.

Figura 14

Métodos empleados en la conducta suicida por hombres en la CDMX



Fuente. Elaboración propia. INEGI. Defunciones por suicidio por entidad federativa y causa según sexo, serie anual de 2010 a 2020.

La Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2021), en causa de la problemática social del suicidio ha creado dos artículos, referidos en el Código Penal Federal en su última reforma DOF 01-06-2021:

- *Artículo 312*: el que prestare auxilio o indujese a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno o cinco años de prisión, si se lo prestare hasta el punto de ejecutar el mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.
- *Artículo 313*: si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciese alguna de las formas de enajenación mental, se aplicarán al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado o las lesiones calificadas.

Teniendo en cuenta que después de un suicidio se proceden a hacer investigaciones basadas en las leyes del Estado conviene estar informados al respecto, asimismo cabe resaltar que la información que se brindan en bancos de datos como el INEGI, está sujeta a la información referida por la población, al ser el suicidio aún un tema tabú en muchos lugares, algunos de los sobrevivientes del suicidio no dan datos certeros acerca de su familiar/amigo suicida, inclusive pueden negarse a aceptarlo, por lo que es probable que los datos que se refieren en los censos de población no sean del todo definitivos.

2.2 Variables Relacionadas a Conductas Suicidas

Las variables que se están correlacionando con las conductas suicidas antes descritas son: inhibición emocional en función del género, familia, estrés académico y depresión. Se eligieron dichas variables por el impacto que han mostrado en la población de estudio.

2.2.1 Inhibición Emocional y su Relación con la Masculinidad Hegemónica

Las emociones son reacciones a ciertos estímulos que se producen por un objeto, persona, suceso o lugar, trayendo por resultado, el establecimiento o potenciación de una conducta que sea apropiada a los desafíos del ambiente. Pueden ser del tipo cognitivas, motoras y/o fisiológicas. De manera cognitiva las emociones alteran la atención, suben el rango de conductas y respuestas que da la persona, asimismo activan redes asociativas que son relevantes en la memoria. Fisiológicamente organizan las respuestas de diferentes sistemas biológicos, por ejemplo, los músculos y la voz. Conductualmente, permiten establecer comportamientos que se adecuen al entorno, finalmente condicionan en alto grado la motivación, que es el principal impulsor de la conducta (Rivera, 2015).

Son producto del aprendizaje social modelado a lo largo de la vida de la persona, por lo tanto, obedecen a patrones culturales, lo que le da a cada emoción su particularidad (Ramírez-Rodríguez, 2020). Siguen ciertas características para que se les pueda considerar una emoción:

- Deben ser de aparición súbita.
- Son imprevisibles.
- Son de corta duración.
- Desencadenan un estado cognitivo.
- Se dirigen hacia un objeto intencional.
- Producen cambios fisiológicos.
- Se acompañan de placer o dolor.

Se han establecido dos modelos para su estudio:

1. *Modelo biológico*, las considera como naturales, involuntarias y universales.
2. *Modelo interactivo*, las considera como una mezcla biológica y social.

La importancia de las emociones radica en el poder expresarlas, esta expresión emocional se ve mediatizada por la cultura al proporcionar específicas oportunidades para que la persona pueda experimentar la emoción, y dar un significado a cada experiencia (Sánchez y Méndez, 2011). A través de la expresión emocional la persona puede manifestar a los demás lo que experimenta, lo que le permite promover relaciones interpersonales más eficaces y adecuadas, básicamente se basa en tres destrezas:

1. La expresión de la emoción de forma precisa.
2. El nivel de intensidad de la emoción.
3. Enganchar, prolongar o deshacer un estado emocional.

Dentro del área de estudio de las emociones se han desarrollado dos campos: el de la inteligencia emocional y el de la regulación emocional.

Por inteligencia emocional (IE) se entiende a todas las competencias emocionales, sociales y personales que tienen relación con la capacidad para atender a los sentimientos y comprenderlos con claridad, esto permite regular estados emocionales negativos y prolongar los positivos, además de permitir el desarrollo de estrategias para las situaciones estresantes, lo que lo vuelve un factor protector contra el suicidio. Es de importancia mencionar que los hombres tienden a puntuar más alto en la regulación emocional (Gartzia *et al.*, 2012; Mamani-Benito *et al.*, 2018).

Los dos componentes principales de la IE son: la expresividad y la instrumentalidad. Por expresividad se entiende la sociabilidad, la atención a las necesidades de los demás y la empatía, mientras que la instrumentalidad incluye la independencia, la asertividad y la alta orientación a la tarea.

Se ha registrado que las personas instrumentales presentan mayores niveles de autoestima; principalmente son los hombres quienes suelen ser mayormente instrumentales,

esto explicaría por qué habitualmente son buenos a la hora de regular sus emociones negativas y muestran menor cantidad de sentimientos de fracaso y tristeza (Gartzia *et al.*, 2012).

Por su parte, la regulación emocional (RE) es el proceso en el que la persona modula sus emociones y modifica su comportamiento para alcanzar metas, adaptarse al contexto y/o promover el bienestar tanto individual como social, es decir, que su principal función es determinar la manera en que las personas evalúan las demandas de su entorno, dirigiéndose a modificar las emociones experimentadas con mecanismos autorregulatorios automáticos, a través de conductas de evitación y acercamiento. Es de gran importancia en la motivación y el aprendizaje, pues esta influye en las emociones que los estudiantes experimentan durante sus clases (Gómez y Calleja, 2016).

El control de las emociones se relaciona con los procesos cognitivos de inhibición, negación y engaño, el desarrollo de este control puede variar desde una falta de control total hasta la elaboración de formas graduales de limitación (Rivera, 2015). Puede darse el caso de que la persona inhiba constantemente sus emociones, lo que a la larga trae consigo problemas para ella misma y para los demás, pues no hay una expresión adecuada de la emoción, en muchos de los casos ocurre que solo hay la expresión de emociones negativas malsanas para encubrir las emociones negativas sanas. Esto principalmente se da en la población masculina.

En lo que respecta a los estereotipos de género sobre la expresividad emocional, se puede definir como el conjunto de creencias y representaciones que se tienen acerca de cómo debe actuar un hombre y una mujer, por ello tienen relevancia decisiva en el tipo de emociones que se sienten y expresan durante las interacciones con otros. Ejemplo de esto, es que las emociones como la tristeza y el miedo son mayormente atribuibles a mujeres, mientras que el enojo es meramente característico de hombres (Paladino y Gorostiaga, 2004). Esto se adquiere durante la infancia, pero se acentúa en la adolescencia, y se refuerza durante el inicio

de la vida sexual, transmitiéndose a través de la socialización familiar, escolar y del medio (Saldívar *et al.*, 2015). Hay dos dimensiones fundamentales dentro del estereotipo género-emoción, que nos indican cómo las diferencias se dan en la expresividad y no en la experiencia emocional:

1. Interna: experiencia subjetiva de la emoción.
2. Externa: manifestación visible de la emoción.

En este sentido la masculinidad es un conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que son esencialmente de los hombres de acuerdo a la cultura en la que están inmersos. Para el caso de México y América Latina se tiene un modelo hegemónico, es decir, que existe una posición dominante por parte de los hombres, esto puede llegar a representar ventajas para ellos hasta cierto punto, dado que con el tiempo se pueden ir transformando en desventajas, debido a que la rigidez que estas representan provocan daños a la salud, pues se conducen por la independencia, agresividad, competencia y conductas violentas en la gran mayoría de los aspectos de su vida como las relaciones familiares y la sexualidad (De Keijzer, 2001). La construcción de la masculinidad va de una serie de presiones y límites en algunas de las manifestaciones emocionales, con mayor énfasis en el miedo, tristeza y ternura.

La adquisición de esta masculinidad es un proceso a través del cual los hombres suprimen toda gama de emociones, necesidades y posibilidades como el placer de cuidar a otros, se reprimen de manera tal que no juegan un papel de importancia en su vida (Menjívar, 2001). Dentro de esta adquisición, comienzan a integrarse dentro de la caja de masculinidad.

Se le denomina caja de masculinidad al conjunto de reglas y principios hegemónicos que rigen a los hombres. Cuando se está dentro de la caja se interiorizan en mayor grado los mensajes y presiones, por ejemplo: *que un chico que no responde a una provocación es débil* o *que un chico con preferencias sexuales no heterosexuales no es un hombre de verdad*. Su

estado de salud mental se oculta tras inseguridad, depresión y con frecuencia pensamientos suicidas. La caja dice que los hombres deben valerse por sí mismos, es decir, no deben pedir ayuda, deben darse a respetar mediante la violencia, el atractivo físico es más importante que la confianza y el atractivo interior. Existe mayor probabilidad de que arriesguen su salud y bienestar, tienden a alejarse de sus amistades cercanas, hay resistencia a la búsqueda de ayuda, presentan mayores índices de depresión, son más propensos a correr riesgos y estar mayormente reprimidos emocionalmente. Estas normas les impiden expresar su verdadero yo y tener el tipo de relaciones que en realidad desean (Heilman *et al.*, 2017).

A los hombres se les educa desde niños con la idea de que son más fuertes tanto física como emocionalmente que las mujeres, por lo que se les niega el mostrar sus sentimientos al indicarles que deben resolver sus problemas sin llorar, siendo audaces, activos, racionales y objetivos. En efecto el hombre se encuentra atrapado en un laberinto lleno de exigencias y mandatos que le imposibilitan sentir y expresar sus emociones naturalmente. Habría que añadir que los hombres también sufren dentro de la caja de masculinidad pues se les imponen patrones cargados de angustias e incomodidades existenciales (Gallegos, 2012; Heilman *et al.*, 2017):

1. El ser hombre implica negar y menospreciar lo femenino, esto incluye las emociones que se consideran meramente débiles.
2. Existe la exigencia cultural de que ser hombre implica ser exitoso, y superior por sobre los demás.
3. La capacidad de sentir una gran seguridad y confianza en sí mismos, ser autosuficiente, principalmente en lo que concierne a la salud física y emocional, ocultar sus emociones, al mantener una postura de dureza y fuerza aun cuando se sientan vulnerables.

4. Ser agresivo, por lo que debe de expresarse a través de la fuerza, el coraje, el enfrentar riesgos, utilizar la violencia como medio para la resolución de conflictos.

La mortalidad en el hombre supera a la femenina, su principal causa es el efecto de la violencia física y psicológica; habitualmente las causas de muerte reflejan una exposición deliberada de enfrentar riesgos, el mayor número de muertes se da por violencia y accidentes automovilísticos (principalmente bajo los efectos del alcohol), aunado a que les resulta difícil reconocer que tienen un problema de salud ya sea físico o mental, por lo que es frecuente que asistan al médico en último momento (Hardy y Jiménez, 2001). El hombre es un luchador valeroso, que resiste al dolor y las adversidades, es fuerte y valiente, ve a la vida como un campo de batalla en el que gana el más fuerte, por lo que hay dureza emocional e inhibición con miedo.

Ser hombre implica estar en el lugar de mayor valor, se les educa para ser incapaces de reconocer sus errores o dudar de sus decisiones, por lo que ellos mismos se niegan el derecho a equivocarse, contradecirse o dar paso a la incertidumbre, lo que dificulta la autocrítica. Lo emocional se rechaza por lo racional, se anulan los miedos que se puedan llegar a reconocerse, se encierran en el silencio, la vergüenza y la apariencia, existe un constante miedo a perder el poder, al acercamiento afectivo de otros hombres, a hacer el ridículo, a sentir dolor, a fracasar, al descubrimiento de los fallos o ser puesto en evidencia (Bonino, 2002).

Para ellos el poder implica el controlar sus sentimientos, emociones y necesidades afectivas, suprimen por tanto las emociones y niegan sus necesidades, principalmente las que tiene que ver con su salud, si llegan a mostrar sentimientos de ternura y afecto pueden transformarse nuevamente en niños dependientes, algo que los haría lucir meramente vulnerables (Hardy y Jiménez, 2001). La vulnerabilidad es un tema tabú en la masculinidad. Una de las principales causas del suicidio masculino es la invisibilidad de su vulnerabilidad.

Ellos son los que menos atención reciben en cuanto a salud emocional, por lo que enfermedades como la depresión pueden pasar desapercibidas. La depresión masculina es entendida como un síntoma de debilidad, lo que hace que la sufran en silencio. Muchos hombres no son capaces de identificar sus emociones ante determinada situación o pérdida, lo que complica el desarrollo apropiado de su proceso de duelo (Rosado *et al.*, 2014).

La masculinidad puede tomarse como un factor de riesgo, pues la salud y el autocuidado no juegan un rol central en la construcción de la identidad masculina. Se le considera meramente como posible factor de riesgo en tres sentidos (De Keijzer, 2001; Figueroa-Perea, 2015):

1. Hacia la mujer, al violentarlas y abusarlas.
2. Entre ellos mismos, por medio de accidentes u homicidios.
3. Para él mismo, por medio del suicidio, alcoholismo y otras adicciones, sobre esto se ha reportado que de los 15 a los 24 años existe mayor grado de lesiones intencionales.

Generalmente los hombres viven sus experiencias de manera solitaria; una posible explicación a esto, es el temor a mostrarse frágiles o necesitados de alguien más. Existe un pacto inaudible pero que está constantemente presente dentro de la masculinidad y es la complicidad, miedo y prudencia al momento de actuar (Figueroa-Perea, 2015).

La emoción mayormente aceptada en la masculinidad es la ira (emoción negativa malsana) y/o el enojo (emoción negativa sana). Principalmente dadas por la inestabilidad emocional y la falta de control emocional. La prohibición de lo emocional lleva a la impulsividad y la violencia (Cepeda, 2019). Las emociones no son tema de conversación cotidiano entre los hombres, ya que el expresarlas es meramente considerado de carácter femenino. Y no solo repercute en esto, si no que a nivel de redes de apoyo entre pares también

cobra gran impacto, el establecer vínculos afectivos e íntimos con otros hombres puede llegar a resultar incómodo, pues sienten que sus sentimientos son exclusivos de ellos.

2.2.2 Familia

Es un sistema abierto formado por elementos individuales que interactúan entre sí, y que a su vez se encuentran unidos por lazos de herencia genética, consanguínea, de afectos, de cuidado, de apoyo y de vivencias compartidas, que conviven en un espacio común durante un tiempo significativo. Uno de esos elementos está compuesto por los padres o tutores, quienes tienen el rol de satisfacer las necesidades básicas propias y las de sus hijos (otro de los elementos del sistema familiar), a través de brindarles educación moral y cultural. Los estilos parentales basados en el apoyo y la afectividad permiten en los hijos el desarrollo de la confianza en sí mismos, alta autoestima, capacidad de autocontrol, mayor independencia, así como una tendencia a ser más sociables y cooperativos. En contraste, los estilos parentales conflictivos suelen traer consigo problemas de salud mental en sus integrantes.

Por otra parte, es dentro de la familia en donde el ser humano se construye como persona y adquiere habilidades para la socialización, en la medida en la que aprende a interactuar con otros y a dotar de significado a los elementos que le rodean. Es por esta razón que se dice que la familia es la primera y la más importante de las escuelas, toda vez que es dentro de ella en donde se encuentran las primeras experiencias que le dan concepción al mundo; además de satisfacer las necesidades materiales, espirituales, y de establecer relaciones afectivas (Mayo y Feria, 2017; Pérez, Uribe *et al.*, 2013; Ramos y González, 2017; Valladares, 2008).

Según Berástegui (2013) las características para considerar que un grupo social es una familia son:

- La relación debe ser duradera durante el tiempo. Cuando se presentan rupturas en el vínculo, se presentan factores de riesgo importantes para la seguridad de los miembros.
- La relación debe ser estable y consistente.
- La relación debe ser personal y preferencial.
- El vínculo de apego que se genera debe ser ocio-disfrute, pero principalmente de protección y consuelo.
- La figura de apego debe ser segura, pues funcionará como reguladora dentro de la dinámica familiar.

Una de las funciones de la familia es la transmisión de la cultura y el desarrollo del pensamiento social a través de enseñar los marcos de referencia dentro de los que cada persona se conduce; es decir, aquellos elementos sociales que dotan de sentido a su realidad social, como su nacionalidad, su religión, su adscripción política, etcétera. Así pues, es en la familia en donde la persona adquiere sus primeras nociones de vida, sus principales conceptos morales e incorpora, a través de relaciones afectivas con los adultos, vivencias de amor, respeto, justicia y solidaridad, las cuales son las bases del proceso de socialización (Ramos y González, 2017; Roca y Riccardi, 2014).

En este sentido, la familia responde a funciones biológicas, económicas, educativas, de crianza, de culturización y socialización, además de aportar crecimiento en conductas básicas de comunicación, diálogo y simbolización. Es a través de estos elementos que los hábitos, costumbres, creencias y percepciones son construidos y transmitidos.

Al tener la familia el papel medular del desarrollo de una persona, se espera que ésta cumpla las siguientes funciones para con sus miembros (Valladares, 2008):

- Cubrir las necesidades afectivas.
- Cubrir las necesidades físicas y de subsistencia.
- Establecer patrones positivos de relaciones interpersonales.
- Dar paso al desarrollo individual.
- Fomentar el proceso de socialización.
- Impulsar el aprendizaje y la creatividad.
- Fomentar un sistema de valores e ideología.

Estas funciones sirven como factores de protección para los miembros de la familia, quienes ven en ésta un lugar de seguridad y tranquilidad, lo que les provee de la posibilidad de alcanzar un mejor rendimiento personal y académico. Asimismo, expresar conocimientos, generar pensamientos y emanar sentimientos sobre la vida promueven en la persona conductas saludables (Ramos y González, 2017). Por otro lado, es indispensable que en la familia se desarrolle la resiliencia y las herramientas para aceptar los cambios, que en suma son la manera en la que se establece un clima familiar sano en donde se promueve la comunicación, la cohesión y la interacción entre sus miembros.

Hablando particularmente de la comunicación, se tiene que la comunicación directa es la expresión clara de acuerdos y desacuerdos, y en la que existe coherencia entre el lenguaje verbal y el corporal, misma que genera en los integrantes unión incluso cuando hay momentos de tensión y desacuerdo (Gallego, 2012). Por otra parte, la cohesión se define como la distancia y proximidad existente entre los miembros de la familia, y está caracterizada por el

lazo emocional que tienen entre sí los integrantes de la familia y el grado de autonomía de cada uno (Medellín *et al.*, 2012).

No obstante, es necesario destacar que la comunicación es modificable a partir del grado de cohesión y adaptabilidad, por lo que, si los estilos de comunicación y sus estrategias cambian, muy probablemente cambiará también el tipo de cohesión. Además, la cohesión y la expresividad emocional se ha asociado negativamente con el desarrollo de síntomas depresivos y ansiosos (Correia y Pinheiro, 2017).

Por otro lado, tanto la salud física como la salud mental de las personas se encuentra arraigada al vínculo familiar, pues es a través de ella que se da la superación de dificultades de la vida diaria. En consecuencia, es a partir de la familia que la persona se siente protegida, en particular mediante los vínculos de seguridad y afecto que se forman en su seno. Es por esta razón que la familia debe crear espacios propicios y saludables que contribuyan al desarrollo integral de la persona (Mazo *et al.*, 2019).

Sin embargo, pese a que se espera que la familia sea el centro de vínculos de afecto y protección, la realidad es que no siempre cumple esta función, pues se presentan factores de riesgo dentro del propio ambiente familiar, como lo son los conflictos familiares o los eventos disruptivos, como la separación de los padres o la ausencia de un miembro en dicho ambiente familiar, que pueden tener consecuencias en el desarrollo de la persona en forma de bajo rendimiento académico, deserción escolar o repitencia escolar, además de conductas antisociales, deficiencia de atención y dificultades para adquirir nuevos conocimientos, afectando al aprendizaje.

No obstante, no son sólo los factores de riesgo aquellos que afectan el desarrollo óptimo de la persona, sino que también elementos como formación y reproducción de creencias negativas (como pensar que el mundo es un lugar imprevisible y hostil, que los otros no son confiables, o que ellos mismos son poco valiosos e incapaces para generar cambios), presentan mecanismos negativos que generan dificultades para poder establecer vínculos saludables. En este aspecto, se ha observado que los hombres tienen mayor nivel de conducta antisocial y agresiva que las mujeres, siendo algunos de los factores familiares con los que se ha encontrado relación son: el tamaño de la familia, el orden de nacimiento de los hijos, la ausencia de uno de los padres, el trabajo de las madres y la presencia de lazos débiles (Arias, 2013a; Berástegui, 2013).

Por lo tanto, son los vínculos que se generan dentro de la familia aquellos que pueden atenuar o potenciar el riesgo suicida, como en los ambientes familiares muy críticos y hostiles, donde se hacen presente en los integrantes, conductas de menosprecio y baja autoestima. Además, es sabido que las alteraciones en el ambiente familiar provocan desestabilidad emocional y desequilibrio en el estado de salud, reflejadas en conflictos constantes entre los miembros de la familia y en el decremento de la comunicación y el ánimo para mostrarse autónomos, facilitando la prevalencia de ideación suicida. En consecuencia, no es coincidencia que las personas con una alta probabilidad de intento suicida sean aquellas que tienen un alto grado de disfuncionalidad familiar, pobre armonía y desorganización (Louro, 2003).

En este sentido, se ha encontrado una relación cercana entre la ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, baja autoestima, eventos negativos y la relación de padre - hijo. En los hombres, particularmente, uno de los factores principales de depresión es el estrés

generado en el ambiente familiar, que está principalmente caracterizado por discusiones y prohibiciones (Gallego, 2012; Pérez, Uribe *et al.*, 2013).

En definitiva y como se ha evidenciado, el modelo familiar ideal es el que prioriza las necesidades de sus miembros, vinculadas al desarrollo de calidad de vida, y que debe incluir valores esenciales como la solidaridad, la justicia, la reciprocidad, el respeto por los otros y por sí mismo, pues éstos posibilitan la negociación y desarrollan un clima de cooperación y apoyo. Además, el que los miembros de la familia se sientan amados, respetados y reconocidos potencia su satisfacción personal y, por tanto, disminuye la probabilidad de que desarrollen factores de riesgo que pongan en conflicto su desarrollo como persona e incite en ellos ideaciones o intentos suicidas.

2.2.3 Estrés

El estrés es una reacción adaptativa a las exigencias del contexto, que, mientras no exceda sus niveles y afecte el funcionamiento del organismo, no implica un problema para el desenvolvimiento de las personas en su vida diaria. No obstante, si esta reacción produce un estado persistente de sobreactivación dado por la dificultad constante para enfrentar demandas de la vida y una baja respuesta adaptativa a los sucesos impredecibles e incontrolables del día a día, el estrés no sólo se convierte en un problema de carácter fisiológico, sino en una dificultad de orden mental y emocional. En consecuencia, pues, el rasgo característico del estrés devenido en problemática es la baja tolerancia a la frustración.

Entre los efectos del estrés se encuentran los fisiológicos, es decir, todos aquellos que tienen que ver con la tensión física, los cambios en la temperatura, sensaciones y reacciones en corporales, como el hormigueo en partes específicas del cuerpo, lo que en suma deteriora el

funcionamiento normal del organismo e influye en áreas cognitivas y motivacionales, presentándose en el desempeño académico al empobrecer el aprovechamiento escolar, en las interacciones al limitar las aptitudes necesarias para establecer relaciones sociales, o en la productividad laboral, al entorpecer la realización de tareas y solución de problemas. Por si fuera poco, el estrés se ha asociado también con la depresión, con enfermedades crónicas, cardíacas y con fallas en el sistema inmune (González y González, 2012; Pulido *et al.*, 2011; Serrano y Flores, 2005; Vidal-Conti *et al.*, 2018). No obstante, es la apreciación que tiene la propia persona de la situación estresante la que define el estrés. A dicha apreciación se le conoce como evaluación cognitiva, y existen tres tipos evaluaciones, a saber:

1. Primaria; que determina hasta qué punto la relación con el ambiente es de daño o pérdida, amenaza, beneficio o desafío.
2. Secundaria; que se da sólo si la persona percibe como amenazante la situación. En este nivel se revisan los recursos de afrontamiento disponibles, ya sean de tipo físico o psicológico.
3. De reevaluación; que está dada durante el proceso de interacción de la persona con las demandas. Se realizan procesos de feedback, permitiendo corregir las evaluaciones previas.

Maldonado (2019) señaló que la OMS, posicionó a México en el primer lugar por estrés laboral, al tener el 75% de prevalencia, lo que lo coloca por encima de China (73%) y de Estados Unidos (59%). Por lo que se puede insistir en que México es uno de los países con mayores niveles de estrés en el mundo, pues la competencia constante que existe en el área laboral y/o escolar, además de la situación de pobreza y contaminación social, obliga a las

personas a buscar un mayor y mejor desempeño que sea redituado en mejores oportunidades económicas y de reconocimiento.

2.2.3.1 Estrés Académico.

El estrés académico, puede aparecer en cualquier nivel educativo, mayormente cuando el estudiante carece de hábitos de estudio y no implementa habilidades de afrontamiento adecuadas. A lo largo de la vida académica esta situación resulta tener un gran impacto en la mayoría de los estudiantes, pero toma una relevancia especial en la universidad, principalmente por la adaptación a un nuevo ambiente, así como por la coincidencia con la etapa de procesos de separación con la familia y la incorporación al mundo laboral.

De manera general, el estrés académico se conceptualiza en tres momentos esenciales (Nieves *et al.*, 2014; Vidal-Conti *et al.*, 2018):

1. El alumno se ve expuesto a una serie de demandas que bajo su propia valoración las considera estresores.
2. Los estresores provocan un desequilibrio sistémico que se expresa en una serie de síntomas.
3. Este desequilibrio presiona al alumno para utilizar habilidades de afrontamiento que permitan restaurar su equilibrio sistémico.

En tal sentido, el estrés académico genera los mismos efectos para la salud que el estrés anteriormente descrito; sin embargo, en éste la ejecución académica se ve gravemente afectada. De este modo el estrés académico se presenta cuando el estudiante se ve sometido, en un contexto escolar, a demandas que bajo su valoración se consideran estresores. Los estresores se clasifican de acuerdo con su tipología (González y González, 2012):

- Momento en el que actúan: remoto, reciente, actual o futuro.
- Periodo en el que actúan: breve, prolongado, crónico.
- Repetición: único o reiterado.
- Intensidad: micro, cotidiano, moderado, intenso.
- Realidad del estímulo: real, representado, imaginario
- Según los factores relacionados con la salud: positivo (eustrés), negativo (distrés).
- Cantidad: único, múltiple.

El estresor afecta el equilibrio de la persona de forma física, psicológica y emocional, lo que puede dar una respuesta física o conductual. Las valoraciones que se dan a cada estresor se relacionan con emociones anticipatorias como: la preocupación, la ansiedad, la desconfianza, la ira y la tristeza.

Dentro del estrés académico (González y González, 2012; Maceo *et al.*, 2013) se consideran cuatro factores esenciales que deben ser considerados a la hora de analizarlo. Éstos son:

1. Los estresores académicos.
2. La experiencia subjetiva.
3. Los moderadores del estrés académico.
4. Los efectos del estrés académico.

Las principales causas reportadas para el estrés académico son (Caballero, Bresó *et al.*, 2015; Maceo *et al.*, 2013; Raya *et al.*, 2018; Vega *et al.*, 2017):

- La sobrecarga académica.

- La falta de tiempo para realizar las actividades académicas.
- Subir trabajos a las plataformas digitales y no recibir respuestas por parte de sus tutores.
- La competencia con los compañeros de grupo.
- La personalidad y carácter del profesor.
- La participación en clases.
- Las evaluaciones.
- La escasa orientación en tareas que exigen mucha concentración o son temas difíciles.
- Una inadecuada distribución en la carga horaria.
- La baja solidaridad y compañerismo.
- Un espacio de recreación de difícil acceso.
- Las deficiencias metodológicas del docente.
- La exposición de trabajos en clase.
- La masificación de aulas.
- La realización de trabajos obligatorios para aprobar asignaturas.
- Trabajar en equipos.
- La enseñanza y aprendizaje centrada en la memorización.

Como puede verse, las situaciones que generan estrés en los estudiantes son variadas y pueden representar en mayor o menor medida factores de riesgo para cada uno; es decir, que lo que para algunos representa solo una situación de reto para otros puede representar una situación totalmente frustrante. Así pues, los síntomas que la persona puede presentar en el estrés son variados.

De manera general, en una situación estresante el organismo responde incrementando la producción de cortisol y adrenalina, mismas que modifican la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, el metabolismo y la actividad física. Al no existir una actividad física que requiera de una alta actividad muscular, las hormonas que son liberadas producto de esta situación pueden provocar también el incremento de la presión sanguínea, lo que aumenta el riesgo de un infarto de miocardio (Maceo *et al.*, 2013). A esta etapa se le denomina *reacción de alarma*.

La siguiente etapa, denominada *etapa de resistencia*, se caracteriza por la desaparición de los síntomas de alarma, todo se torna normal y el cuerpo enfrenta de manera más eficaz el estresor original, pero disminuye su resistencia frente a otros, lo que conduce a una tercera etapa, llamada de *agotamiento*, en donde los recursos del cuerpo se consumen y las hormonas anti-estrés se agotan. De no aliviar el estrés, las consecuencias pueden ir desde una enfermedad psicosomática hasta un colapso total (González y González, 2012).

Los principales síntomas que se dan en el estrés académico son (González y González, 2012, Maceo *et al.*, 2013; Raya *et al.*, 2018):

- Un aumento o reducción en el consumo de alimentos.
- Inquietud.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Problemas de concentración.
- Impotencia.
- Susceptibilidad.
- Sensación de no ser tenido en consideración.

- Irritabilidad excesiva.
- Una escasa confianza en sí mismo.
- Deterioro de la memoria.
- Cambios en la tasa cardíaca y respiratoria.
- Cambios en el autoconcepto.
- Descarga de tensión al menor estímulo sin importancia.
- Dolor de cabeza excesivo.
- Dolor de espalda y cuello.
- Trastornos del sueño.
- Fatiga crónica.
- Problemas digestivos.
- Problemas en la piel.
- Diversas conductas centradas en el cuerpo como morderse las uñas.
- Disfunciones gástricas.
- Fumar excesivamente.
- El consumo de drogas.
- La evitación de la responsabilidad junto con la adopción de soluciones provisionales.
- Los tics (movimientos involuntarios).

Al igual que las causas que generan estrés, los síntomas y consecuencias de éstos son variados de persona a persona, por lo que es importante conocer tanto los factores de riesgo como protectores del estrés académico (Vega *et al.*, 2017):

- *Factores de riesgo*: son aspectos relacionados con el alumno, y pueden ser de tipo personal como la autoestima, el nivel de motivación, el plan de vida, el manejo de estrés, la ansiedad, el estado de salud y el locus de control; o de tipo externo como el nivel socioeconómico, que puede determinar que la persona abandone o no sus estudios. El consumo de alcohol es en esencia un factor de riesgo alto, pues desvirtúa al alumno de sí mismo, incluso las expectativas familiares y las responsabilidades que tiene dentro de su casa, mismas que funcionan como factores de riesgo, pues estas demandas se tornan ideales que se siente obligado a cumplir.
- *Factores protectores*: son todos aquellos que permiten al alumno un ambiente de apoyo y escucha. El apoyo social por parte de sus pares, familiares y profesores es uno de los más importantes, pues aumenta el bienestar del estudiante.

Conocer ambos factores le permitirán al estudiante determinar las habilidades de afrontamiento que pueden llegar a serle útiles. En consecuencia, las habilidades de afrontamiento son todas aquellas enfocadas en hacer frente a las demandas del ambiente que están en relación con la persona, y pueden ser de tipo cognitivas y/o conductuales. Lazarus y Folkman (1988, citado en Berrío y Mazo, 2011) propusieron ocho tipos de afrontamiento, a saber, el distanciamiento, el autocontrol, la aceptación de responsabilidad, la búsqueda de apoyo social, el escape-avoidance, la planificación de solución de problemas, la confrontación y la reevaluación positiva. Dentro de las que suelen usar los estudiantes a nivel superior son: la elaboración de un plan, elogiarse a sí mismos, tener fe en alguna deidad o religión y verbalizar su situación.

Las habilidades de afrontamiento comúnmente utilizadas por los hombres se vinculan a un afrontamiento activo, cognitivo y conductual, en el que realizan actividades alternativas (Segura y Pérez, 2016), hacen una reevaluación positiva y planifican con mayor calma estrategias para reducir el estrés. A pesar de esto, son muchos los alumnos varones que mantienen un afrontamiento pasivo, es decir, que se centran únicamente en disminuir el trastorno emocional, esforzándose por modificar la forma de vivir la situación, pero no la cambian objetivamente (González y González, 2012). Es por ello que algunas habilidades de afrontamiento son más funcionales que otras, y se eligen tomando en cuenta las ventajas físicas, personales y sociales de la misma persona.

En el caso de las personas que tienen conductas suicidas se ha encontrado que carecen de respuestas de afrontamiento suficientes para superar las situaciones que les provocan estrés. Particularmente se encontró que los principales motivos en jóvenes universitarios para cometer suicidio fueron la pérdida de un ser querido y problemas económicos (Serrano y Flores, 2005).

2.2.4 Depresión

Los trastornos mentales alteran los ritmos vitales de la vida y persisten por tiempos prolongados, por lo tanto, son un importante problema de salud pública, lo que los hace responsables de una gran parte del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas. Mundialmente representan el 30% de la carga de enfermedades no mortales; en México ocupan el cuarto lugar de complicaciones médicas (Velázquez y Lino, 2018). La depresión es uno de los principales trastornos mentales, teniendo una prevalencia del 8.1% en población mexicana general (Serrano, Rojas y Ruggero, 2013).

El término depresión data de mediados del siglo XIX y se usó para referirse a una alteración primaria de las emociones. Los principales rasgos sobresalientes eran: ánimo decaído, inhibición y deterioro funcional. En el año de 1980 se publicó en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales III (DSM-III) el diagnóstico de depresión mayor, utilizándose el término “mayor” para referirse a que no deberían existir dudas en cuanto al diagnóstico que se le hace a la persona (Botto *et al.*, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (2014) define a la depresión como: un trastorno mental frecuente, caracterizado por tristeza, pérdida de interés o placer en las cosas que antes se disfrutaban, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño y/o apetito, falta de concentración, fatiga y en algunos casos, ataques de pánico; por tanto, se le entiende como un trastorno que repercute a nivel afectivo, cognitivo y somático.

Generalmente comienza en edades tempranas, como resultado de la interacción entre factores biológicos, genéticos y contextuales que interactúan con las características propias de la persona. El ambiente social inmediato actúa como facilitador para la aparición y agudización de la depresión más no es el desencadenante, pues el cómo afecte a la persona este evento va a depender de las condiciones socioeconómicas, el grado del soporte social y los estereotipos de género ejercidos por la persona (Londoño y González, 2016). En México los principales motivos para que se presente un posible cuadro de depresión son (Berenzon *et al.*, 2013):

- Nivel socioeconómico bajo.
- Desempleo.
- Aislamiento social.
- Problemas legales.

- Experiencias con violencia.
- Consumo de sustancias adictivas.
- Migración.

Según el DSM-5, los trastornos depresivos se caracterizan por la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, que se acompaña de cambios cognitivos y somáticos; afectando la funcionalidad de la persona. Lo que diferencia a uno de otro trastorno es la duración. Dentro de la clasificación de estos trastornos que nos conciernen en esta investigación, se tienen el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (ver Tabla 1), el trastorno de depresión mayor (ver Tabla 2 y Tabla 3) y el trastorno depresivo persistente, también llamado distimia (ver Tabla 4).

Tabla 1

Crterios del DSM-5 para el Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

-
- Accesos de enojo graves y recurrentes, con manifestaciones verbales o conductuales, su intensidad es desproporcionada a la situación.
 - Se producen tres o más veces por semana.
 - Son observables por otras personas.
 - Es persistente la mayor parte del día.
 - Han tenido una persistencia de 12 meses o más.
 - Se presentan en dos o tres contextos diferentes.
 - El primer diagnóstico no debe ser antes de los 6 años o después de los 18 años.
 - Generalmente comienza antes de los 10 años.
 - Estos síntomas no deben ser atribuidos a los efectos de una sustancia o una afección médica.
-

Tabla 2*Criterios del DSM-5 para el Trastorno de depresión mayor*

-	Periodo de tiempo de al menos dos semanas, la mayor parte del día, casi todos los días durante el cual se presentó ánimo depresivo o pérdida del placer en casi todas las actividades que antes se disfrutaban.
-	Presenta mínimo cuatro síntomas adicionales: cambios del apetito y/o peso, cambios en la actividad psicomotora, cambios en el sueño, energía disminuida, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades para pensar, concentrarse o para tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte y/o ideación suicida, planes y/o intentos suicidas.
-	Su estado de ánimo es diferente al ánimo usual de la persona.
-	Afecta el funcionamiento social, ocupacional y/o otras áreas importantes de la persona.
-	Hay presencia de aislamiento social.
-	Disminución o desinterés del deseo sexual.

Tabla 3*Factores de riesgo del DSM-5 para el Trastorno de depresión mayor*

Factor	Descripción
Temperamentales	La afectividad negativa, vuelve más vulnerable a una persona para padecer depresión mayor.
Ambientales	Cuando se dan múltiples experiencias difíciles, inclusive traumáticas de diferentes tipos, puede propiciar que el trastorno de depresión mayor se presente, por ejemplo, los eventos estresantes.
Genéticos y fisiológicos	Los familiares de primer grado de personas que tienen depresión mayor tienen de dos a cuatro veces mayor probabilidad de desarrollar un cuadro de depresión mayor. En mayo del 2017 se publicó en la revista <i>Nature</i> un metaanálisis genético, en el que participaron cerca de 300 científicos, de diversos países procedentes de 161 instituciones, el resultado de la comparación de sus grupos control y experimentales fue que existen al menos 44 genes asociados directamente a la depresión, además de 153 que probablemente pueden tener influencia en ella (Velázquez y Lino, 2018).

Factor	Descripción
Modificadores de curso	Todos aquellos que no son trastornos afectivos mayores, pero que su uso o prevalencia, potencian la aparición de la depresión mayor, por ejemplo, el consumo de drogas o alcohol.

Tabla 4

Criterios del DSM-5 para el Trastorno depresivo persistente (distimia)

-	Aparece la mayor parte del día, casi la mayor parte de los días, durante al menos dos años en adultos y al menos un año en niños y adolescentes.
-	Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas: poco o demasiado apetito, trastornos del sueño, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para la toma de decisiones, sentimientos de desesperanza.
-	Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral o afectación en otras áreas importantes de la vida de la persona.

Para diagnosticarla es imprescindible hacerlo a través de la observación de la persona; dependiendo del número de síntomas, temporalidad (mínimo dos semanas continuas) e intensidad de los mismos. Los cuadros depresivos se clasifican en leves, moderados y graves.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2016) brinda las principales características de cada cuadro depresivo:

- *Depresión leve:* baja del estado de ánimo, así como dos o tres manifestaciones adicionales, como pueden ser fatiga, alteraciones del sueño, apetito o concentración. Este nivel no afecta las actividades diarias de la persona.
- *Depresión moderada:* baja del estado de ánimo de forma importante, además de llanto espontáneo, agotamiento, malestares físicos como dolor en el pecho o de cabeza, alteraciones en el sueño o apetito. Además, pensamientos de minusvalía, aislamiento

social y en ocasiones se presentan cuadros de ansiedad. Se ven afectadas las actividades diarias de la persona.

- *Depresión grave*: hay llanto más frecuente, sensación de tristeza, sentimientos de inutilidad, aislamiento social, pérdida del sueño, del apetito, del interés en todas las actividades; se llegan a presentar pensamientos de muerte, donde la mayoría de las veces se tiene la idea de que son un estorbo para los demás. Es en su totalidad incapacitante para la persona.

En el origen de la depresión participan factores genéticos y ambientales, por ello se le hace un análisis desde dos modelos (Botto *et al.*, 2014):

- *Unitario*: plantea que la depresión es el resultado de una vía final común psicobiológica, que es independiente a sus causas desencadenantes, la única variación va en función de su gravedad.
- *Binario*: considera dos subtipos de depresiones; las endógenas/psicóticas y las neuróticas/reactivas.

En los hombres es un problema relevante, mismo que puede verse complicado por la resistencia a pedir ayuda y a las medidas de escape, como el consumo de alcohol y drogas, que en casos graves terminan generando adicción, lo que complica en sí mismo el tratamiento de la depresión, así como el suicidio en sí mismo. Esto se da principalmente por la falta de conocimiento de los síntomas, la ineficiencia de los sistemas de detección de casos, las fallas de inclusión de muestras masculinas en los estudios y al uso de instrumentos de sesgo (Londoño y González, 2016).

Cabe mencionar que los hombres son los que experimentan más accidentes, fueron testigos en mayor medida de muerte o lesiones de una persona, sufrieron más secuestros y mataron a otros accidentalmente, lo que a algunos les provoca estrés postraumático (0.5%) y cuadros depresivos (20%). México es uno de los países que muestran mayor retraso en la búsqueda de atención, se estima que una persona tarda hasta 14 años en buscar su primer contacto de ayuda, esto representa menos del 20% de quienes presentan un trastorno afectivo, aunado a esto, solo la mitad de ellos recibe un tipo de tratamiento mínimo adecuado (Berenzon *et al.*, 2013) problema dado principalmente a que solo un pequeño porcentaje es diagnosticado correctamente, debido a la falta de capacitación del personal.

Se estima que para el año 2030 la depresión sea la primera causa de morbilidad a nivel mundial. En su estudio, Seijas (2014) observó que los hombres universitarios se catalogan así mismos en tres categorías: el hombre rabioso, el hombre solitario y el hombre riesgo-dependiente. Es probable que esto esté dado por el modelo de masculinidad que les es inculcado desde pequeños: un hombre debe ser altamente productivo, con capacidad económica, agresivo, dominante y con la disposición de reprimir cualquier emoción que indique debilidad (Londoño y González, 2016), Es así que el rol social masculino va mayormente enfocado en cubrir las necesidades económicas, de supervivencia y de seguridad de su familia, aún si hay tiempos de crisis económica y social. Cuando no llegan a lograrlo se facilita la aparición de cuadros depresivos, pues disminuye su confianza personal.

La depresión es uno de los principales motivos de consulta en universitarios, los trastornos más frecuentes son el trastorno depresivo grave (combinación de síntomas que conlleva una intensa dificultad para trabajar, dormir, estudiar, interactuar con otros y disfrutar de actividades, es decir, incapacita e impide el desempeño óptimo) y el trastorno distímico

(hay la presencia de los mismos síntomas de manera más baja y de duración más prolongada) (Páez y Peña, 2018).

Los hombres mayormente están rodeados de estresores que impactan de forma moderada pero constante sus vidas, el entorno familiar que deben sostener y proteger cuenta con carencias emocionales y nula comunicación; lo que puede llevarlos a tener una imagen pobre de sí mismos, disminuyendo su autoeficacia, lo que les provoca frustración. Esto los lleva a sentirse sin opciones, con sensación de vacío, pero con actitud positiva o agresiva, pues es lo único que se pueden permitir sentir (Londoño y González, 2016). El incremento de la tensión emocional se asocia con la tendencia de la evitación que puede enlazarse con la hostilidad, ira y agresividad, características principales de la depresión mayor en hombres (Londoño, Peñate *et al.*, 2017), la exacerbación de la agresividad se da debido a la baja tolerancia al estrés y al bajo control de impulsos.

Es inevitable no desarrollar un estado depresivo cuando la persona se percibe así misma como carente de estrategias o modos de afrontamiento eficaces para controlar una situación. Los factores que pueden desencadenar en mayor medida la depresión en hombres son (Franchi, 2001):

- Eventos de la vida con tensiones o cambios bruscos.
- Incremento de deudas financieras.
- Modelo de masculinidad respecto a que es ser "un hombre real": que restrinja sus emociones, que no cuide de su salud mental y que lo más importante para él sea tener logros y desempeños.
- Demandas de sobrecarga para satisfacer las necesidades de otros a su cargo, ya sea en el medio familiar, laboral, profesional y/o de estudio.

- Expectativas altas sobre su rol.
- Falta de lazos sociales.
- Autoestima disminuida.

Asimismo, existe una fuerte relación entre las enfermedades mentales y físicas; se ha demostrado que las personas con enfermedades físicas graves corren mayor riesgo de padecer cuadros depresivos, mientras que las personas que tienen depresión corren mayor riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias, causantes de más del 60% de muertes a nivel mundial (Berenzon *et al.*, 2013). También se puede dar a raíz de un fuerte trauma, como violencia de tipo físico, psicológico y/o sexual durante la infancia.

En hombres jóvenes se observa mayor aislamiento, disminución de la autoestima, problemas con el abuso de alcohol y drogas, además de una tendencia a mentir la mayor parte del tiempo. Desde pequeños se les enseña que deben de ser fuertes por sobre todas las cosas, protectores, con gran control sobre sus emociones y principalmente que eviten llorar. Como esto no es posible, enmascaran estas emociones con el enojo y la agresividad, además de que prefieren la comunicación sin contacto personal.

La depresión en hombres está asociada a la tendencia de evitación tanto cognitiva, como emocional y conductual, esto facilita la acumulación de tensión, patrón de ocurrencia que es seguido por la conducta agresiva y se cierra (en la mayoría de los casos) en el abuso de drogas, lo que dificulta detectar los síntomas oportunamente. En general buscan sensaciones extremas para inhibir emociones displacenteras, por ejemplo, sexo sin protección, relacionarse en delitos, manejar bajo los efectos del alcohol. Tienen la mayor tasa de suicidio, que probablemente es dada por la no detección oportuna del problema o porque ellos mismos

rehúsan de la asistencia profesional por el propio estigma que se tiene hacia las enfermedades mentales, hacia pedir ayuda y hacia la soledad (Londoño, Peñate *et al.*, 2017), lo que explica por qué la mayoría de ellos acuden a servicios sanitarios solo en casos de extrema urgencia. La idea general sobre los trastornos mentales como cuestiones menores o que pueden curarse con frases mágicas, por ejemplo: “*Échale ganas*”, solo provoca frustración y estrés en la persona, lo cual promueve que se evite la búsqueda de ayuda profesional (Velázquez y Lino, 2018).

Características principales de la depresión en hombres (Londoño, Peñate *et al.*, 2017 y Franchi, 2001):

- *Autoimagen negativa*: percepción de baja autoeficacia que se acrecienta junto con el miedo a recibir rechazo o críticas, las premisas de esta característica son la inutilidad y la culpa. Tienden a auto-atribuirse a todas las situaciones que los rodean, es decir, consideran que las dificultades se deben a sus defectos, se culpan a sí mismos y cada vez suelen criticar más sus errores, se llegan a considerar personas que no merecen ser queridas.
- *Desesperanza o visión pesimista del futuro*: preocupación por la falta de oportunidades y miedo a la no realización de sus metas, debido a que no se consideran con recursos personales para obtenerlas, niegan que sus esfuerzos puedan ser valiosos, sobre-generalizan todo lo que ha pasado, lo que está pasando y lo que puede pasar; no ven una salida o disminución a sus problemas.
- *Empobrecimiento de la imagen social*: preocupación por cómo lo ven los demás, al no sentirse satisfecho con lo que imagina se da un deterioro de su propia imagen.
- *Sensación permanente de estar vacío*: impresión de que hace falta algo dentro, les altera no saber qué ocurrirá y tampoco se sienten preparados para las demandas del

contexto, hay pensamientos automáticos habituales, involuntarios y perseverativos; que suelen ser difíciles de identificar y controlar, es decir, sin darse cuenta ignoran todo lo positivo que pueden estar viviendo o toman la información mucho más negativa de lo que suele ser.

- *Incremento en la actividad social, laboral y sexual*: en los hombres no necesariamente hay una disminución del afecto positivo, pues frecuentemente no muestran disminución en la actividad general, sino que buscan alternativas para evitar la salida de emociones que los puedan hacer ver débiles.
- *Evitación*: enfocada a dos objetivos, por un lado, a evadir la preocupación acerca del futuro (cognitivo) y por otro lado minimizar la sensación de vacío que le provoca la depresión (emocional).
- *Conductas autolesivas y tendencia suicida*: se dan principalmente cuando la depresión se hace más severa, van desde exponerse voluntariamente a actividades de riesgo hasta lastimarse ellos mismos mediante golpes, cortes, o quemaduras; que si se tornan extremas pueden provocar el suicidio.
- *Comportamiento inusual*: todos aquellos que estén fuera del repertorio de conducta de la persona, por ejemplo, dormir más o dejar de hacer actividades que antes solían hacer.

En la depresión siempre está latente el pensamiento no constructivo, se ve al mundo como un lugar peligroso, en donde la gente no es confiable y cualquier esfuerzo por lograr una vida plena es inútil. La persona está preocupada la mayor parte del tiempo, suele reservarse todo para sí misma y autoculparse; algunos incluso suelen reducir su tensión no haciendo nada o ignorando el problema (Chávez, Contreras *et al.*, 2014). Se ha establecido que al menos en la

mitad de los casos con acto suicida había un diagnóstico previo de trastorno del estado de ánimo, en su mayoría, depresión mayor. Sin embargo, los resultados epidemiológicos disponibles son variables y dependen en gran medida del instrumento utilizado, pues varían los aspectos que se evalúan de depresión según sus niveles de sensibilidad (Londoño y González, 2016).

La depresión puede prevenirse, detectarse y tratarse, y es posible minimizar sus efectos a corto y largo plazo, pero se requiere el acceso al tratamiento oportuno y de calidad, mismo que hace falta a nivel mundial. Se estima que, en países de ingresos bajos y medios, entre el 76% y 85% de la población con desórdenes mentales carece de acceso al tratamiento que requiere. Entre las personas que recibieron un diagnóstico de depresión por un profesional de la salud, solo el 5.9% y 7% reportaron estar en tratamiento farmacológico (Cerecero-García *et al.*, 2020). El riesgo de recurrencia es mayor al 50% después de un primer episodio, del 70% después del segundo episodio y del 90% después del tercer episodio (Serrano, Rojas y Ruggero, 2013).

El riesgo de suicidio en personas diagnosticadas con cuadros de depresión mayor es tres veces más alto que en la población general, se estima que en el 80% de suicidios cometidos se presentaron cuadros de depresión (Berenzon *et al.*, 2013). Hay que resaltar que las personas se suicidan justo cuando existe un punto crítico en la depresión severa, sin embargo, lejos de que este acto se dé cuando la persona está justo en el pico del cuadro depresivo, se da en cuanto hay un ascenso de los niveles de energía y se tiene el “valor” de cometer el acto.

3. Prevención del Suicidio

Se entiende por prevención a las medidas o estrategias que se toman con anticipación para evitar el desarrollo o bien, en algunos casos el progreso de una enfermedad, condición o conducta negativa, disminuyendo secuelas y complicaciones. No requiere de un ámbito controlado pues se da en el natural: la vida cotidiana (Chávez-Hernández, Medina *et al.*, 2008; Fernandes *et al.*, 2009). En el caso del suicidio la prevención exige una aproximación multisectorial, es decir, que no solo debe enfocarse en los sectores de salud, sino también en los de educación y trabajo, así como en los ambientes culturales. Además, para realizar un trabajo que beneficie en gran medida tanto a la población sana como a la que presenta riesgo suicida, se requiere trabajar también la intervención y la posvención, mismas fases que componen a este capítulo.

3.1 Prevención

Para generar un cambio social respecto al suicidio, se requieren de tres factores (Morfín, 2016):

1. *Conocimientos*: ¿qué significa culturalmente el suicidio en cada grupo social?
2. *Apoyo público*: coordinación de múltiples sectores de la sociedad tanto públicos como privados.
3. *Estrategia social*: adaptada al contexto social y cultural del país.

Por tanto, la prevención del suicidio se caracteriza por la reducción de los factores de riesgo y la promoción de factores de protección, con el objetivo de reducir su incidencia y prevalencia. Así como la adaptación a las condiciones particulares de la población con la que se va a trabajar.

La presencia de múltiples factores de riesgo, pocos o nula presencia de factores protectores e interacción con situaciones de riesgo, propicia tener una salud mental vulnerable, que puede conducir a la persona a problemas mentales y en casos extremos a enfermedades mentales, cabe señalar que una persona con conductas suicidas, no necesariamente tiene una enfermedad mental, pues el riesgo de suicidio está condicionado por múltiples factores que son dados por las condiciones individuales de cada persona.

Las intervenciones para la prevención de problemas de salud mental se enfocan en (Irarrázaval *et al.*, 2016):

1. Detectar estados mentales de riesgo.
2. Promover estilos de vida saludables en salud mental.
3. Prevenir situaciones de riesgo que aumentan la probabilidad de una enfermedad mental, con énfasis en intervenciones en edades tempranas y que se implementan principalmente en poblaciones de riesgo.

Es necesario tener en cuenta que la calidad de la relación entre las condiciones socioeconómicas y el nivel cultural de la persona condiciona el resultado preventivo, en el caso de México el acceso a los servicios de salud mental es limitado, por lo que crear programas que estén al alcance de toda la comunidad son de suma importancia, dichos programas deben incluir psicoeducación de las emociones, manejo de la depresión y la ansiedad e información con relación al suicidio. Asimismo, se debe facilitar la atención psicoterapéutica y los protocolos de intervención para personas que han pasado por situaciones traumáticas y personas consumidoras de drogas y/o con rasgos de impulsividad. Es recomendable capacitar a guardianes para la prevención del suicidio y fomentar redes de apoyo sólidas y duraderas (Morfín, 2016).

Si bien es cierto que psicoeducar a las poblaciones es muy importante para prevenir el suicidio también resulta un tanto contradictorio mencionar únicamente a la depresión como problema mental asociado con dicho fenómeno, pues podría surgir la idea de que si la persona tiene depresión inevitablemente se suicidara (Klimes-Dougan y Lee, 2010), por consiguiente, es necesario hablar de las emociones y su manejo, y no centrarse únicamente en trastornos mentales.

En muchas ocasiones el único contacto que tiene una persona con riesgo suicida es con personal de salud, es decir, médicos y/o enfermeras, mismos que pocas veces evalúan el riesgo de suicidio en las evaluaciones clínicas de rutina. Esto probablemente se da por el miedo que tiene el personal sanitario a preguntar a los pacientes sobre conductas suicidas, por lo que parte de lo que implica la prevención, es capacitar a los profesionales de la salud en habilidades para hacer preguntas en relación a conductas suicidas, con las siguientes características:

- Motivación.
- Sensibilidad.
- Simpatía.
- Tolerancia al estrés/frustración.
- Empatía.
- Sin prejuicios.

Una evaluación completa de rutina debería incluir el riesgo suicida, además de ser llevada por personal capacitado para crear un plan de seguridad inmediato con el paciente, esto con el fin de que se posponga el suicidio, mientras se busca el primer contacto con un profesional de la salud especialista en el tema que pueda acompañar a la persona en riesgo durante su proceso (Cole-King *et al.*, 2013). En el ámbito universitario es de igual importancia

capacitar a compañeros para ser guardianes de emergencias psicológicas, mismos que serán capaces de identificar a compañeros en riesgo suicida y podrán tener un acercamiento adecuado para abordar la situación, así como las habilidades para persuadirlos a buscar ayuda profesional y de ser posible acompañarlos en esta toma de decisión. De la misma forma capacitar a los estudiantes universitarios que se encuentran en prácticas de servicio social trabajando directamente con personas ya sea de forma individual o grupal y a personal docente.

Hablando específicamente de la prevención del suicidio en los hombres se recomiendan hacer campañas de concientización, formación de guardianes y talleres (Struszczyk *et al.*, 2019):

- *Campañas de concientización:* carteles, folletos y sitios web que proporcionen información sobre los síntomas de la depresión, así como del conocimiento y manejo de las emociones, aunado a los recursos disponibles de ayuda en caso de que lo que lean les mueva la necesidad de buscar ayuda.
- *Formación de guardianes:* capacitar a pares en habilidades para reconocer y derivar personas en riesgo de suicidio.
- *Talleres:* educativos-interactivos, que aborden las técnicas de regulación emocional.
- *Fomentar redes de apoyo:* confiables y respetadas por la persona.

Para Hogan y Grumet (2016) los factores que marcan el éxito de un programa de prevención son:

1. *Valores fundamentales:* creencia y compromiso de que el suicidio se puede eliminar bajo la mejora del acceso a servicios de calidad, crear una cultura que no considere el suicidio como aceptable y establecer objetivos ambiciosos pero alcanzables en las intervenciones clínicas.

2. *Responsabilidad, seguimiento y compromiso por parte de los profesionales.*
3. *Práctica de atención clínica basada en la evidencia:* seguimiento y compromiso en la psicoeducación de la persona, familiares y profesionales de la salud.

A estos se pueden agregar los cinco puntos que propone Arias (2013b):

1. *Conexión y preparación:* referida a las normas y expectativas que tiene la persona en su experiencia de aprendizaje, así como la discusión de las actitudes que tiene hacia el suicidio.
2. *Comprensión:* se realiza una revisión de las necesidades de intervención de acuerdo al nivel de riesgo, esto debe incluir conocimientos, factores clave y el desarrollo del plan de ayuda.
3. *Asistencia:* se presenta el modelo para la prevención del suicidio.
4. *Simulación-observación:* para reforzar los conocimientos.
5. *Trabajo en redes:* proporciona información sobre los recursos de la comunidad y cómo utilizarlos.

La prevención se puede realizar desde tres enfoques (Bustamante y Florenzano, 2013; Jané-Llopis, 2004; Morfín, 2016):

1. *Universal:* intervenciones que se dirigen al público en general o a todo un grupo que no se ha identificado con riesgo suicida, con el fin de potenciar al máximo la salud y con ello reducir al mínimo el riesgo de suicidio, al eliminar barreras para tener acceso a la atención.
2. *Selectivo:* dirigidas a individuos o grupos que tengan riesgo de desarrollar un trastorno mental significativamente más alto que la media, así como la presencia de riesgo biológico, psicológico y/o social, para esto se pueden basar en la edad, sexo, situación

ocupacional y/o en los antecedentes familiares. Se centra en la reducción de factores de riesgo y potencialización de factores de protección.

3. *Indicada*: dirigida a personas identificadas con alto riesgo, con signos o síntomas de un trastorno mental, o con marcadores biológicos que den una predisposición para un trastorno mental, pero que no cumplen el criterio para diagnosticarlo como trastorno mental en ese momento. En este enfoque las intervenciones son individuales y altamente especializadas.

De igual importancia se tienen los niveles preventivos del suicidio (Amate y Vásquez, 2006; Baader *et al.*, 2011; Fernandes *et al.*, 2009; Vignolo *et al.*, 2011):

1. *Primario*: diseñado para evitar la presencia de enfermedades, se dirige a la población sana. Busca evitar la aparición de desesperanza, deseos de morir e ideación suicida, además de desarrollar prácticas de prevención que se prolonguen o utilicen durante toda la vida. Las estrategias de este nivel de prevención se enfocan en prohibir o disminuir la exposición de la persona a factores de riesgo, existen dos estrategias *la promoción de la salud y la protección específica*; la promoción busca prolongar la vida y que esta pueda transcurrir sin problemas incapacitantes, mientras que la protección específica comprende la eliminación o disminución de comportamientos que aumentan el riesgo. Por tanto, el objetivo de este nivel es disminuir la incidencia del problema.
2. *Secundario*: acompaña a la persona durante su tratamiento, ya sea físico o psicológico para prevenir el agravamiento, trata de evitar que la conducta suicida resulte en un daño, evita que las ideas suicidas se transformen en un intento, previene la reaparición de crisis suicidas, reduce los factores de riesgo que facilitan la aparición de suicidabilidad, lo que detiene o retrasa el progreso de la conducta suicida en cualquier punto de su aparición, por tanto promueve ganancia de tiempo, que permite a la

persona una nueva reflexión en cuanto a conductas suicidas presentadas. Actúa en coordinación con los demás profesionales de la salud para derivar a las personas con especialistas, en este nivel el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado son esenciales para su control.

3. *Terciario*: se hace en conjunto con la red de apoyo de la persona, de modo que se disminuyan los impactos de la conducta, reduciendo o retardando las secuelas del problema de salud, facilitando la adaptación de la persona y contribuyendo a prevenir o reducir al máximo una recaída.

Dumon y Portzky (2014) señalan que existen cuatro programas para la prevención del suicidio:

1. *Psicoeducación*: se centra en mejorar los conocimientos y cambiar actitudes, en lo que respecta problemas de salud mental y conducta suicida, así como el uso de servicios de salud mental.
2. *Entrenamiento en habilidades*: mejorar los factores protectores de la conducta suicida, como la autoestima, capacidad de afrontamiento, resolución de problemas, toma de decisiones y la disposición para comunicar y dar a conocer información sobre sí mismo a otros.
3. *Entrenamiento de guardianes*.
4. *Programas de detección*.

3.2 Intervención

La intervención también nombrada prevención secundaria tiene un enfoque selectivo y/o indicado. Uno de los programas más grandes enfocado en la prevención secundaria del suicidio es el: *Zero Suicide* es el resultado de una asociación entre la National Action Alliance

for Suicide Prevention, the Suicide Prevention Resource Center y otros expertos de Estados Unidos en la prevención del suicidio. Se basa en siete elementos principales:

1. *Liderazgo*: se compromete a reducir el suicidio de las personas que tiene bajo su cuidado, estableciendo metas, tomando medidas para lograrlo, enfatizando la prevención. Se compromete a promover una cultura de seguridad y enfatiza enfoques basados en la evidencia.
2. *Capacitación*: proporcionar una formación adecuada a su fuerza laboral.
3. *Detección y evaluación*: debe ser una evaluación clínica integral que evalúe el riesgo, estime el peligro inmediato para el paciente y prepare estrategias de tratamiento.
4. *Comprometerse*: involucrar a las personas en riesgo mediante la gestión de un plan en atención al suicidio, que incluya estrategias de afrontamiento y apoyo, por ejemplo, formas de manejar pensamientos suicidas.
5. *Tratamiento de la suicidalidad basado en la evidencia*: la terapia cognitivo conductual enseña a la persona a reconocer los pensamientos o sentimientos preocupantes, ofreciéndoles alternativas para afrontarlos; la terapia dialéctica conductual, se desarrolla para ayudar a la persona en el entrenamiento de habilidades, pues la ayuda a reconocer sentimientos o conductas que alteran su salud, mismas que utilizan para sobrellevar situaciones desagradables. Estos tratamientos pueden hacerse de forma individual, vía telefónica o mediante reuniones.
6. *Suministro de apoyo durante las transiciones de atención*: contactos de atención con personas de alto riesgo, por ejemplo, cartas de apoyo, llamadas telefónicas y visitas.
7. *Realizar la medición de resultados y mejorar la calidad*.

Como se viene mencionando la prevención del suicidio es un trabajo multidisciplinario, es decir, que requiere que varias disciplinas se interesen en el tema y con

ello realicen aportaciones que brinden un acercamiento más completo y acertado a la atención de la persona en riesgo suicida. Por lo que contar con el apoyo de psiquiatras y psicoterapeutas especializados en el área de atención a crisis suicidas es de suma importancia.

Se debe tener en cuenta la cultura de la persona a la hora de realizar la intervención.

Para una intervención de éxito Robles *et al.*, (2013) propone los siguientes puntos:

- Uso de definiciones que sean claras, mismas que permitan clasificar, documentar y discutir lo que son las conductas suicidas, para esto se requiere que el profesional en la salud este familiarizado con los factores de riesgo y protección del suicidio, por lo que cada plan de intervención debe ser individual.
- Es importante el desarrollo de la alianza terapéutica. Una relación psicoterapéutica positiva puede hacer la diferencia entre la elección que tiene una persona en riesgo para suicidarse o no; la alianza terapéutica inicia desde el primer contacto que tiene la persona en riesgo con el profesional, por lo que este debe ser cálido, empático, neutral y directivo, sobre esto cabe recalcar que cuanto más alto sea el riesgo suicida, más directiva debe ser la actuación del profesional, aquí se pueden utilizar términos y definiciones que sean comprensibles para cada nivel de riesgo suicida. Es importante que el profesional indique los criterios que le permitan identificar cuando una persona en riesgo suicida requiera ser hospitalizado.
- El profesional debe estar capacitado para responder proactivamente ante los abandonos del proceso, pues factores de riesgo y las dificultades individuales de cada persona influyen durante todo su proceso. Lo que puede ayudar a disminuir la incidencia de abandono del tratamiento, es relacionar a la persona en riesgo y sus redes de apoyo en el proceso de intervención.

- En medida de lo posible, se recomienda comprometer a la familia como colaboradora clave. Dentro de este punto es importante evaluar el nivel de riesgo suicida, como intentos, ideación actual, planes, letalidad y disponibilidad de medios, conductas preparatorias, creencias irracionales, habilidades de afrontamiento, impulsividad, pérdidas actuales, entre otros, pues conocer esto ayuda a la creación del plan de seguridad, mismo que puede ser compartido con la familia o redes de apoyo de la persona en riesgo.
- Comprender el significado del suicidio para la persona en riesgo es de suma importancia, pues a partir de ahí el profesional puede debatir sus creencias y proporcionar técnicas breves de solución de problemas.
- Proporcionar los cuidados de acuerdo al nivel de riesgo identificado, en medida de lo posible, conceptualizar una aproximación dirigida a un tratamiento de largo plazo.
- Solicitar el consentimiento informado a la persona en riesgo, así como hacerle saber los límites de la confidencialidad. Por ejemplo, que en casos de riesgo para la persona misma o para otros el acuerdo de confidencialidad se rompe. Es importante documentar y evaluar el procedimiento de tratamiento y todos los resultados.
- Es importante recordar que como tal las conductas suicidas son síntomas de posibles trastornos subyacentes, por lo que realizar intervenciones diseñadas para estos trastornos permitirá que las conductas suicidas disminuyan.
- Finalmente es necesario monitoriar de forma regular el riesgo suicida de la persona.

3.3 Posvención

Ahora bien, mucho se habla de prevenir el suicidio, desde poblaciones sanas hasta poblaciones de alto riesgo, sin embargo, poco se nombra a la posvención como factor de riesgo para los sobrevivientes del suicidio, es decir, para las personas que perdieron a un ser querido mediante el suicidio. Las reacciones de los sobrevivientes pueden ser variadas, desde alteraciones de la realidad, culpa, depresión, tendencias autodestructivas hasta identificarse con el suicidio. Según Robles *et al.*, (2013) los siguientes son algunos de los sentimientos que experimentan:

- Vergüenza: al estar el suicidio tan estigmatizado sienten que nadie les hablará por haber perdido a un familiar mediante el suicidio.
- Culpa: por no haber evitado la muerte o por no haber detectado a tiempo las señales. La intensidad de la culpa puede ser tan elevada que el sobreviviente puede sentirse con la necesidad de ser castigado, sino se es capaz de confrontar la culpa, se pueden llegar a conductas autodestructivas.
- Enfado: es una constante de preguntarse ¿por qué?, incluso se llega a tener cierto desprecio hacia el suicida pues al mismo tiempo mató a la persona que el sobreviviente quería.
- Miedo: generalmente asociado a sus propios impulsos autodestructivos, principalmente si ha habido varios intentos autodestructivos o incluso suicidios en la misma familia.
- Pensamiento distorsionado: muchos sobrevivientes no aceptan que su ser querido se suicidó, por lo que inventan otras situaciones que expliquen la muerte de la persona, esto a la larga puede traer desafortunadas consecuencias al sentirse sobrepasados por el suicidio.

Por lo que trabajar con los sobrevivientes es de suma importancia para prevenir el suicidio. En la posvención existen varios eventos negativos que rodean la pérdida, por mencionar algunos se tienen (Aguirre y Slater, 2010):

- Estrés antes de que ocurra el suicidio, el estrés elevado conduce a mayor vulnerabilidad.
- El suicidio en sí mismo.
- El funeral, y en los casos que aplique, la liquidación de la herencia.
- El proceso de duelo, incluidos los sentimientos de estigma, vergüenza, aislamiento, culpa y el dolor psicológico intolerable a la falta de respuesta a la pregunta *¿por qué eligió suicidarse?*

Se estima que un sobreviviente de suicidio presenta de entre 2 a 10 veces mayor riesgo suicida que la población en general. Muchas veces, la ayuda que encuentran en sus redes de apoyo no es suficiente y se encuentran en la brecha entre que el apoyo social les resulta animoso o les da tranquilidad simplista, este tipo de apoyo puede generar en el sobreviviente mayor estrés y aislamiento. Lo que lleva también a que la persona no busque ayuda profesional especializada. Se dice que solo 1 de cada 4 sobrevivientes buscan ayuda, por lo que se han identificado dos modelos para vincular a los sobrevivientes con los servicios:

1. *Tradicional*: se espera que el sobreviviente sea quien acuda a buscar ayuda, esto puede darse dentro de los cuatro años a los cuatro años y medio a partir del suicidio de su ser querido.
2. *Activo*: los proveedores de servicios de salud son los que se acercan al sobreviviente con la esperanza de educarlos sobre lo que vivieron y a donde pueden acudir para recibir la ayuda, esto puede tardarse aproximadamente un mes a partir del suicidio del ser querido.

Los principios de la prevención en casos de posvención son:

- Comenzar dentro de las 24 horas pasado el suicidio.
- Las emociones negativas son probables, pero deben abordarse más adelante.
- Se debe estar al tanto de los cambios en la salud física y mental del sobreviviente.
- Se deben evitar términos simplistas para dar calma a la persona, por ejemplo: *todo mejorará*.
- Se debe tener paciencia pues el asesoramiento y los grupos de apoyo requieren de mucho tiempo y esfuerzo.

Es importante tener en cuenta que un programa exitoso de atención al riesgo suicida debe contener prevención, intervención y posvención.

Hablando específicamente de la pandemia generada a partir del COVID-19 (situación mundial que se está viviendo desde el año 2020 a la fecha) se puede advertir el incremento de cargas adicionales a la salud física, mental, social y económica de las personas, por lo que se podría experimentar mayor riesgo suicida, debido a todos los efectos negativos que estas están generando, por tanto centrarse en las necesidades de personas con enfermedades mentales o con salud mental vulnerable podría salvar muchas vidas.

Algunas de las medidas que recomienda Moutier (2021) son:

- Prestar atención preventiva del suicidio con mejor acceso.
- Capacitar en la prevención del suicidio al personal de los diferentes sectores sociales, así como brindar por parte de los centros de salud integral mejor calidad de atención e intervención.
- Apoyar a las personas que viven solas, mediante cartas o llamadas telefónicas, así como en medida de lo posible integrarlos a sectores sociales que les permitan crear redes de apoyo.

- Movilizar servicios comunitarios.

En conclusión, es importante tomar conciencia sobre la importancia del suicidio como causa de muerte real. Se debe educar a niños y jóvenes en el manejo de sus emociones para regular situaciones conflictivas que se presentarán a lo largo de sus vidas, asimismo crear programas de intervención para prevenir la drogodependencia así como el alcoholismo, promover soporte social y médico para los grupos más vulnerables, capacitar al personal sanitario, así como el educativo en detectar conductas suicidas, así como el acercamiento correcto que pueden llevar a cabo con el paciente o alumno que se ha identificado con riesgo suicida; además se recomienda, reducir en medida de lo posible la disponibilidad a métodos suicidas, así como la implementación de campañas para la práctica sistemática de ejercicios y actividades en el tiempo libre (Pérez, 2005). Es importante, recordar que se debe atender a la persona en lugar de a los pensamientos suicidas, es decir, adaptar las intervenciones a patologías específicas: *¿por qué tiene estos pensamientos suicidas?*

El suicidio es una causa de muerte evitable en la mayoría de los casos, esto se debe tener en cuenta a la hora de realizar tanto conferencias como programas de prevención, mismos que deben incluir en su contenido: mitos en relación al suicidio, exploración de la ideación suicida, grupos más vulnerables, diagnóstico y tratamiento de la depresión y la ansiedad, evaluación del riesgo suicida y que hacer durante una crisis suicida.

Recordar que el autocuidado también es de suma importancia, pues si se pretende lograr que se mejoren las habilidades para hacer frente al suicidio se debe estimular primero la responsabilidad de ciudadanos, familiares, grupos y comunidades en cuanto al cuidado de su propia salud mental.

4. Reporte de Investigación

4.1 Planteamiento del Problema y Justificación Teórica

Actualmente el suicidio es la segunda causa de muerte, por debajo de la muerte por agresiones, en jóvenes de entre 15 a 29 años. Además, se ha registrado que el sexo masculino es el que más suicidios presenta, con una tasa de 15.1 por cada 100 mil habitantes. No todos los estudios recientes que se han hecho con respecto a la prevalencia de suicidio se han enfocado en un solo sexo, pues la mayoría engloban sus investigaciones tomando en cuenta tanto a hombres como mujeres. López (2007) menciona que el conocer la perspectiva de género permite que las intervenciones sociales se adapten a las diferentes necesidades de las personas. Es por ello que tomando en cuenta esto, la presente investigación se realizará bajo esta premisa, tomando como principal población a los hombres, ya que de acuerdo a los modelos que les han sido impuestos, son más propensos a esconder sus emociones, trayendo consigo el que no se detecten a tiempo las conductas suicidas que se desencadenan en la mayoría de los casos en muerte.

La población universitaria oscila en su mayoría entre los 18 a los 25 años, mismas edades que están en mayor riesgo según los datos que se han mencionado, es por ello que esta investigación va enfocada a jóvenes hombres de entre los 18 a los 25 de FES Aragón, inscritos en el semestre 2020-2, 2021-1 y 2021-2, que acudieron al servicio de acompañamiento psicológico que ofrece la facultad y que hayan manifestado problemas en relación a desregulación emocional, estrés académico, problemas familiares y/o depresión, con el objetivo de conocer si existe riesgo suicida asociado.

Justificación Práctica

Al conocer si las variables que se medirán en este estudio son los principales factores de riesgo que se relacionan con el riesgo suicida, se sugerirán medidas de prevención que permitan la disminución del impacto que estas provocan.

Preguntas de Investigación

¿Cuál es la relación entre la presión social y cultural de ser hombre joven, la desregulación emocional en función de los estereotipos de género, el estrés académico, los componentes del vínculo familiar y la depresión con el riesgo suicida en una muestra de jóvenes del sexo masculino de 18 a 25 años pertenecientes a FES Aragón?

Objetivo General

Explorar si la presión social y cultural de ser hombre joven, la desregulación emocional en función de los estereotipos de género, los componentes del vínculo familiar, el estrés académico y la depresión son variables asociadas al riesgo suicida en jóvenes hombres de entre 18 a 25 años.

Objetivos Específicos

- Conocer el nivel de masculinidad hegemónica de la muestra objetivo.
- Conocer el nivel de la desregulación emocional de la muestra objetivo.
- Conocer los componentes del vínculo familiar: unión y apoyo, expresión y dificultades de la muestra objetivo.
- Conocer el nivel de estrés académico de la muestra objetivo.
- Conocer el nivel de depresión de la muestra objetivo.

- Conocer el nivel de riesgo suicida de la muestra objetivo.
- Establecer la relación entre los estereotipos de género y el riesgo suicida de la muestra objetivo.
- Establecer la relación entre la desregulación emocional y el riesgo suicida de la muestra objetivo.
- Establecer la relación entre los componentes del vínculo familiar y el riesgo suicida de la muestra objetivo.
- Establecer la relación entre el estrés académico y el riesgo suicida de la muestra objetivo.
- Establecer la relación entre la depresión y el riesgo suicida de la muestra objetivo.
- Establecer la relación entre los estereotipos de género y la desregulación emocional.
- Establecer la relación entre la depresión y los estereotipos de género.
- Establecer la relación entre el estrés académico y los componentes del vínculo familiar.
- Establecer la relación entre la depresión y los componentes del vínculo familiar.

Hipótesis

H1. Los jóvenes de muestra objetivo presentarán índices altos de desregulación emocional por los estereotipos de género impuestos.

H2. A mayores niveles de desregulación emocional mayor será el riesgo suicida en los jóvenes de la muestra objetivo.

H3. A mayor unidad, apoyo y expresión en el núcleo familiar menor será el riesgo suicida en los jóvenes de la muestra objetivo.

H4. A mayores dificultades dentro del núcleo familiar mayor riesgo suicida en los jóvenes de la muestra objetivo.

H5. A mayores niveles de estrés académico mayor el riesgo suicida en los jóvenes de la muestra objetivo.

H6. A mayores niveles de depresión mayor el riesgo suicida en los jóvenes de la muestra objetivo.

HO. No existen niveles de relación entre las variables reportadas.

Definición conceptual y operacional de las variables

Sexo. Variable atributiva nominal, con un nivel 1) Hombre

Edad. Razón; se tomará como respuesta la edad del participante en el momento de en qué se apliquen los instrumentos, se tendrán las siguientes opciones, 1) 18, 2) 19, 3) 20, 4) 21, 5) 22, 6) 23, 7) 24 y 8) 25

Riesgo Suicida. Variable atributiva dicotómica. Será evaluada con la *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS)*, consta de 15 ítems con opción de respuesta dicotómica (si/no). Tiene un índice de confiabilidad en población masculina de .733, permite identificar casos potenciales de riesgo suicida, esto gracias a que engloba intentos suicidas previos, ideación suicida actual y sentimientos de depresión, contiene cuatro subescalas que correlacionan positivamente entre sí; sentimientos de inutilidad (.575), ideación suicida (.549), desesperanza (.207) y factores sociales (.417) (Santana-Campas y Santoyo, 2018).

Estereotipos de Género. Variable atributiva dicotómica. Será evaluada mediante el *Inventario de masculinidad y femineidad IMAFE*, diseñada y medida en población mexicana, consta de 60 reactivos que se responden en una escala tipo Likert, está dividido en cuatro dimensiones con 15 reactivos cada una: *masculinidad* considera rasgos masculinos positivos, asociados a la práctica; *femineidad*, considera rasgos femeninos positivos, que se asocian a la relación, habilidad, expresividad y la preocupación por el otro; *machismo*, incluye rasgos masculinos negativos, cuya relación principal está dada en la agresividad y dominación; *sumisión*, relacionados con los rasgos femeninos negativos, asociados a la dependencia y debilidad. Para población masculina que cursaba el nivel universitario en institución pública, se encontraron los siguientes niveles de confiabilidad: *masculinidad* .83*, *femineidad* .84*, *machismo* .87* y *sumisión* .64*** (* $p < .001$, *** $p < 0.5$) (Lara, 1993).

Desregulación Emocional. Variable atributiva categórica. Será evaluada mediante la *Escala de dificultades en regulación emocional en español (DERS-E)*, contiene 24 reactivos que se responden en una escala tipo Likert, miden cuatro factores: no aceptación de respuestas emocionales, dificultades para dirigir el comportamiento hacia metas, falta de conciencia emocional y falta de claridad emocional. En su validación psicométrica con jóvenes mexicanos se encontraron coeficientes de confiabilidad de entre .85 y .68 ($p < 0.05$) (Marín, Robles *et al.*, 2012).

Familia. Variable atributiva categórica. Será evaluada mediante la *Escala de relaciones intrafamiliares (E.R.I)*, creada y validada en adolescentes mexicanos, consta de 56 reactivos en su versión larga, que se responden en una escala tipo Likert. Mide tres dimensiones *UNIÓN Y APOYO*, se entiende como la tendencia entre los miembros de la familia para realizar actividades juntos, así como el apoyo y convivencia percibida,

EXPRESIÓN, se entiende como la posibilidad de comunicar verbalmente y en un ambiente de respeto las emociones, ideas y acontecimientos dentro del núcleo familiar y finalmente *DIFICULTADES*, que mide aspectos considerados como indeseables y/o negativos dentro de la familia. La confiabilidad del instrumento aumenta conforme aumenta la escolaridad del participante, sin embargo, por dimensión están son las confiabilidades que se reportaron: unión y apoyo .92, expresión .95 y expresión .93 (Rivera y Andrade, 2010).

Estrés académico. Variable atributiva categórica. Será evaluada mediante el *Inventario SISCO-21 del estrés académico*, publicado por la Universidad Pedagógica de Durango, consta de 21 ítems que son distribuidos en cinco partes: 1 ítem dicotómico, determina si el encuestado es apto para contestar o no la prueba, 1 ítem en escala tipo Likert, permite conocer el nivel de estrés académico identificado por el encuestado, 7 ítems en escala tipo Likert, permiten identificar la frecuencia en que las demandas del entorno resultan ser estresores, 7 ítems en escala tipo Likert, permiten identificar los síntomas que provocan los estresores y 7 ítems permiten en escala tipo Likert, identifican las formas de afrontamiento que se utilizan. En su totalidad el instrumento presenta una confiabilidad de .85 en alfa de Cronbach; para cada dimensión estos son sus niveles de confiabilidad: estresores .83, síntomas .87 y estrategias de afrontamiento .85. (Barraza, 2018).

Depresión. Variable atributiva categórica. será evaluada mediante el *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, *Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)*, El PHQ-9, ha presentado un coeficiente alfa de Cronbach entre el 0.80 y 0.90 para estudiantes universitarios de diferentes países, consta de 9 ítems, que evalúan el grado de depresión de la persona, puede clasificarla en depresión leve, moderada, moderadamente grave y grave (Cassiani *et al.*, 2017). La MINI es una entrevista diagnóstica que explora los principales

trastornos psiquiátricos reportados en Eje I del DSM-IV y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud 10 (CIE-10), pero su administración es en menor tiempo, ha reportado confiabilidad y validez alta (Ferrando *et al.*, 1998).

4.2. Metodología

Diseño

Transversal bajo enfoque no experimental, pues solo se hará la recolección de datos en un solo momento, además de que no se manipularán variables, sino que sólo se realizará el análisis de los datos recabados.

Tipo de Investigación

Correlacional, ya que se busca medir la relación existente entre las variables establecidas con el riesgo suicida de los participantes.

Participantes

33 estudiantes hombres de entre 18 a 25 años (media 21.39, DE 2.249) que acudieron a consulta al servicio de asesorías psicológicas de la Facultad de Estudios Superiores Aragón. El 78.8% está soltero, el 48.5% vive en el Estado de México, el 30.3% ha acudido a tratamiento psiquiátrico, el 69.7% vive con sus padres, el 30.3% reporta no tener una red de apoyo y el 45.5% presenta riesgo suicida.

Proceso de selección

Se seleccionaron mediante muestreo no probabilístico. De los alumnos que solicitaron el servicio de asesoría psicológica de la FES Aragón del semestre 2020-2, 2021-1 y 2021-2 se eligieron a los hombres que en su motivo de consulta hubieran puesto una problemática con relación a las variables medidas en este estudio, a su saber: desregulación emocional, problemas familiares, estrés académico, depresión y/o conductas suicidas. La muestra elegida fue de sujetos voluntarios, pues se informó a cada participante sobre el objetivo de estudio de la investigación, mediante una llamada telefónica, así como en qué consistiría su participación de aceptar colaborar, mediante el siguiente guion:

¡Hola! Mi nombre es Irene Martínez y soy psicóloga egresada de la FES Iztacala. En estos momentos me encuentro colaborando con el servicio psicológico que ofrece la FES Aragón y a través de él me comunico contigo para pedir tu participación en una investigación que estoy llevando a cabo, cuyo objetivo es conocer las variables que influyen en la salud mental y emocional de jóvenes hombres de entre los 18 y los 25 años, con el fin principal de crear un programa de atención a las necesidades psicológicas de tu población. Tu participación consistiría en responder una encuesta de manera anónima, y las respuestas que proporcionaras serían utilizadas únicamente con fines académicos. ¿Estarías interesado en participar?

Si accedían a participar, se les mandaba un correo a su cuenta institucional con las ligas de Google formularios que contenían las pruebas psicométricas que conformaban las variables de la investigación, a saber: *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS)*, *Inventario de masculinidad y femineidad (IMAFE)*, *Escala de dificultades en regulación emocional (DERS-*

E), *Escala de relaciones intrafamiliares (E.R.I)*, *Inventario SISCO-21 del estrés académico*, *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, y toda la sección A y B de la *Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)*. Al contestar las ligas, las respuestas se almacenaban en una base de datos de Excel que posteriormente se podría descargar, pues contendría toda la información para la elaboración del análisis de resultados.

Escenario

Los participantes podían contestar las ligas desde el lugar que ellos desearán, el único requisito que se les mencionaba es que tuvieran acceso a internet y de ser posible nada de distractores, así como disponibilidad de 40 a 60 minutos para poder responderlas.

Instrumentos

- *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS)*, consta de 15 ítems con opción de respuesta dicotómica: si/no. Contiene cuatro subescalas: sentimientos de inutilidad, ideación suicida, desesperanza y factores sociales. El Alfa de Cronbach encontrado es .741, para la subescala de sentimientos de inutilidad se encontró un alfa de .480, para ideación suicida .622, para desesperanza .668 y para factores sociales .275.
- *Inventario de masculinidad y femineidad IMAFE*, consta de 60 reactivos que se responden en una escala tipo Likert, con opción a siete respuestas: nunca o casi nunca soy así, muy pocas veces soy así, algunas veces soy así, la mitad de las veces soy así, a menudo soy así, muchas veces soy así y siempre o casi siempre soy así. Se divide en cuatro dimensiones con 15 reactivos cada una: *masculinidad*, *femineidad*, *machismo* y *sumisión*. Obtuvo un coeficiente de confiabilidad total de .672. En la dimensión de masculinidad se obtuvo un Alfa de Cronbach de .849, en la dimensión de femineidad

se obtuvo un Alfa de Cronbach de .869, en la dimensión de machismo se obtuvo un Alfa de Cronbach de .801 y para la dimensión de sumisión se obtuvo un Alfa de Cronbach de .888.

- *Escala de dificultades en regulación emocional en español (DERS-E)*, contiene 24 reactivos que se responden en una escala tipo Likert, tiene cuatro opciones de respuesta: casi nunca, algunas veces, la mitad de las veces, la mayoría de las veces y casi siempre. Mide cuatro factores: no aceptación de respuestas emocionales, dificultades para dirigir el comportamiento hacia metas, falta de conciencia emocional y falta de claridad emocional. Se obtuvo un Alfa de Cronbach de .951.
- *La escala de relaciones intrafamiliares (E.R.I)*, contiene 56 ítems, que se responden en una escala tipo Likert, con cinco opciones de respuesta: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutral, de acuerdo y totalmente de acuerdo. Se dividen en tres dimensiones, UNIÓN Y APOYO, EXPRESIÓN Y DIFICULTADES. Se obtuvo un Alfa de Cronbach total de .981, por dimensión se obtuvieron los siguientes: unión y apoyo .951, expresión .958 y dificultades .941. Cabe mencionar que, para el análisis de fiabilidad total, la dimensión de *dificultades* se recodificó ya que es negativa y las otras dos dimensiones son positivas.
- *Inventario SISCO-21 del estrés académico*, consta de 21 ítems que son distribuidos en cinco partes: 1 ítem dicotómico (opción de respuesta sí/no), determina si el encuestado es apto para contestar o no la prueba, 1 ítem en escala tipo Likert, permite conocer el nivel de estrés académico identificado por el encuestado, 7 ítems en escala tipo Likert, permiten identificar la frecuencia en que las demandas del entorno resultan ser estresores, 7 ítems en escala tipo Likert, permiten identificar los síntomas que provocan los estresores y 7 ítems permiten en escala tipo Likert, con seis opciones de

respuesta: nunca, casi nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre. Se obtuvo un alfa de Cronbach total de .894, mientras que por dimensión se obtuvieron los siguientes: estresores .905, síntomas .828 y estrategias de afrontamiento .882. Cabe mencionar que, para el análisis de fiabilidad total, la dimensión de *estrategias de afrontamiento* se recodificó ya que es negativa y las otras dos dimensiones son positivas.

- *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*, consta de 9 ítems que evalúan niveles de depresión en la persona, tiene las siguientes opciones de respuesta: para nada, algunos días, más de la mitad de los días y casi todos los días. Asimismo, contiene un reactivo adicional para mayor precisión de los resultados: “*Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?*”, con cuatro opciones de respuesta: para nada difícil, un poco difícil, muy difícil y extremadamente difícil. El Alfa de Cronbach encontrado fue: .889.
- *Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)*, es una entrevista diagnóstica, con opciones de respuesta dicotómicas: SI/NO, se utilizaron únicamente los reactivos de la sección A y B, pues son los que miden el episodio depresivo mayor actual, el episodio depresivo con síntomas melancólicos y el trastorno distímico. El Alfa de Cronbach encontrado es: .855. Para el episodio depresivo mayor actual se obtuvo un alfa de Cronbach de .830, para el episodio depresivo mayor recidivante un .904, para el episodio depresivo mayor actual con síntomas melancólicos un .874 y para el trastorno distímico actual un .892.

Análisis de datos

1. Para todas las variables se realizó el análisis de frecuencias.
2. Para el análisis de correlación de la variable *riesgo suicida* con las variables *estereotipos de género, red familiar, estrés académico y depresión* (con el instrumento PHQ-9) se utilizó r de Pearson, para cada una.
3. Para el análisis de correlación de la variable *riesgo suicida* con las variables *desregulación emocional y depresión* (con el instrumento MINI) se utilizó ρ de Spearman, para cada una.
4. Para el análisis de correlación de *desregulación emocional* con las variables *estereotipos de género y depresión* (tanto con el instrumento PHQ-9 y la MINI) se utilizó ρ de Spearman para cada una.
5. Para los análisis de confiabilidad de todos los instrumentos se utilizó el Alfa de Cronbach.
6. El análisis de datos se realizó con el Software Estadístico SPSS versión 25.0.

Procedimiento de la evaluación

Se solicitó el apoyo de la responsable del programa de asesorías psicológicas de la FES Aragón para aplicar las escalas a los estudiantes hombres que acudieron al servicio (cabe mencionar que el servicio se estuvo brindando en línea debido a la pandemia y la suspensión de clases en las aulas que esta generó). A cada alumno se le comentaba el fin de su participación, así como la confidencialidad de la misma; la participación de los alumnos fue totalmente de forma voluntaria. Las escalas se aplicaron a través de Google Formularios, por lo que toda la información se recababa automáticamente en una base de datos de Excel que más tarde se podía descargar. Los participantes podían contestar las escalas desde el lugar que

les resultará más cómodo, solo se les solicitaba, que tuvieran acceso a internet, sin distractores (de ser posible) y tener disponibilidad de 40 a 60 min para responderla en su totalidad.

5. Análisis de Resultados

Descripción de la Población

33 estudiantes hombres de entre 18 a 25 años (media 21.39, DE 2.249) que acudieron a consulta al servicio de asesorías psicológicas de la Facultad de Estudios Superiores Aragón.

El 78.8% está soltero, el 48.5% vive en el Estado de México, el 30.3% ha acudido a tratamiento psiquiátrico, el 15.5% sustenta sus gastos económicos él mismo, el 69.7% vive con sus padres, el 63.6% tiene habitación propia, el 9.1% considera que las condiciones de habitabilidad de su casa son inadecuadas, asimismo el 24.2% considera que no hay espacio suficiente en su hogar para todos los miembros de la familia, el 39.4% no dispone de un lugar exclusivo de estudio, el 30.3% reporta no tener una red de apoyo y el 15.2% reporta tener un familiar con enfermedades (ver Tabla 1).

Tabla 1

Características Sociodemográficas de los participantes

Variable	n	%
Sexo		
Hombres	33	100
Estado civil		
Soltero	26	78.8
En una relación	6	18.2
Unión libre	1	3
Entidad		
Ciudad de México	17	51.5
Estado de México	16	48.5
Tratamiento Psiquiátrico		
No	23	69.7
Sí	10	30.3
Depende económicamente de		
Padres	9	27.3
Madre	8	24.2
Padre	10	30.3

Variable	n	%
Abuelos	1	3
Él mismo	5	15.2
Vive actualmente con		
Padres	23	69.7
Familia materna	5	15.2
Familia paterna	1	3
Pareja	1	3
Roomie(s)	2	6.1
Otro	1	3
Comparte habitación		
Sí	12	36.4
No	21	63.6
Condiciones de habitabilidad en casa		
Adecuadas	30	90.9
Inadecuadas	3	9.1
Lugar exclusivo de estudio		
Sí	20	60.6
No	13	39.4
Espacio suficiente para la familia		
Sí	25	75.8
No	8	24.2
Red de apoyo		
Sí	23	69.7
No	10	30.3
Red de apoyo principal		
Amigos, familia y pareja	1	3
Amigos y familia	5	15.2
Amigos y pareja	2	6.1
Amigos	6	18.2
Miembros de la familia	7	21.2
Pareja	2	6.1
Nadie	10	30.3
Frecuencia de interacción con la Red de Apoyo		
Habitualmente	15	45.5
Esporádicamente	8	24.2
Solo en casos de emergencia	10	30.3
Familiares enfermos con complicaciones físicas o mentales		
No	28	84.8
Sí	5	15.2

La Tabla 2 resume las puntuaciones medias para la muestra en cada uno de los instrumentos utilizados. Asimismo, como puede notarse la mayoría de los instrumentos utilizados puntuaron en la media o muy por debajo de ella.

Tabla 2

Estadísticos de resumen para la muestra total

Instrumento	Media (DE)	Rango
RS	5.48 (2.98)	11
IMAFE		
Masculinidad	4.92 (0.78)	3.33
Femineidad	4.95 (0.93)	3.73
Machismo	3.75 (0.81)	4.27
Sumisión	3.47 (1.03)	4.07
DERS-E	61.97 (21.63)	72
E.R.I		
Unión y apoyo	36.88 (10.18)	43
Expresión	69.33 (18.11)	82
Dificultades	66.18 (18.11)	79
SISCO-21	51.63 (14.17)	57.14
PHQ-9	11.48 (6.62)	25
MINI		
Episodio depresivo mayor actual	4.27 (2.83)	9
Episodio depresivo mayor recidivante	0.70 (0.98)	3
Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos	1.21 (1.82)	5
Trastorno distímico actual	3.58 (3.01)	8

Nota. RS = Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (puntuación mín. 0 máx. 15); IMAFE = Inventario de masculinidad y femineidad (puntuación mín. 60 máx. 420); DERS-E = Escala de dificultades en regulación emocional en español (puntuación mín.0 máx. 96); E.R.I. = La escala de relaciones intrafamiliares (puntuación mín. 56 máx. 280); SISCO-21 = Inventario SISCO-21 del estrés académico (puntuación mín. 0 máx. 105); PHQ-9 = Cuestionario sobre la salud del paciente (puntuación mín. 0 máx. 27); MINI = Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (puntuación mín. 0 máx. 28)

La Tabla 3 muestra las medias de cada uno de los reactivos del instrumento, los ítems 3, 6, 8 y 12 evalúan los sentimientos de inutilidad; los ítems 2, 13 y 14 evalúan ideación suicida; los ítems 5, 7 y 9 evalúan desesperanza y finalmente los ítems 1, 4, 10, 11 y 15 evalúan factores sociales asociados al riesgo suicida.

Tabla 3

Resultados generales medias de los puntajes en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik de toda la muestra

	M
1. ¿Tomas de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	0
2. ¿Tienes dificultades para conciliar el sueño?	0.49
3. ¿A veces notas que podrías perder el control sobre ti mismo?	0.58
4. ¿Tienes poco interés en relacionarte con la gente?	0.42
5. ¿Ves tu futuro con más pesimismo que optimismo?	0.3
6. ¿Te has sentido alguna vez inútil o inservible?	0.85
7. ¿Ves tu futuro sin ninguna esperanza?	0.21
8. ¿Te has sentido alguna vez tan fracasado que solo querías meterte en la cama y abandonarlo todo?	0.76
9. ¿Estas deprimido ahora?	0.39
10. ¿Estas separado, divorciado o viudo?	0.06
11. ¿Sabes si alguien de tu familia ha intentado suicidarse alguna vez?	0.21
12. ¿Alguna vez te has sentido tan enfadado que habrías sido capaz de matar a alguien?	0.15
13. ¿Has pensado alguna vez en suicidarte?	0.49
14. ¿Le has comentado a alguien, en alguna ocasión, que querías suicidarte?	0.39
15. ¿Has intentado alguna vez quitarte la vida?	0.18
<i>Suma Total Reactivos de Información</i>	<i>5.48</i>

Nota. puntuación mínima 0, puntuación máxima 1, por reactivo. Puntuación mínima 0, puntuación máxima 15, del total de la escala.

La Tabla 4 muestra las medias de cada uno de los ítems que evalúa el Inventario SISCO-21, como puede observarse la mayoría puntúa por encima de la media (2.50).

Tabla 4

Resultados generales medias de los puntajes en el Inventario SISCO-21 del Estrés Académico de toda la muestra

	M
3. La sobrecarga de tareas y trabajos escolares que tengo que realizar todos los días.	3.27
4. La personalidad y el carácter de los/as profesores/as que imparten clases.	2.48
5. La forma de evaluación de mis profesores/as (a través de ensayos, trabajos de investigación, búsqueda en Internet, etc.)	2.36
6. El nivel de exigencia de mis profesores/as.	2.45
7. El tipo de trabajo que me piden los profesores/as (consulta de temas, fichas de trabajo, ensayos, mapas conceptuales, etc.)	2.45
8. Tener tiempo limitado para hacer el trabajo que me encargan los/as profesores/as.	3.15
9. La poca claridad que tengo sobre lo que quieren los/as profesores/as.	3
10. Fatiga crónica (cansancio permanente).	2.67
11. Sentimientos de depresión y tristeza (decaído).	2.94
12. Ansiedad, angustia o desesperación.	3.21
13. Problemas de concentración.	3.48
14. Sentimiento de agresividad o aumento de irritabilidad.	2.79
15. Conflictos o tendencias a polemizar o discutir.	2.55
16. Desgano para realizar las labores escolares.	3.39
17. Concentrarme en resolver la situación que me preocupa.	3.33
18. Establecer soluciones concretas para resolver las situaciones que me preocupan.	3.21
19. Analizar lo positivo y negativo de lo que pienso para solucionar la situación que me preocupa.	3.27
20. Mantener el control sobre mis emociones para que no me afecte lo que me estresa.	2.97
21. Recordar situaciones similares ocurridas anteriormente y pensar en cómo las solucioné.	2.7
22. Elaborar un plan para enfrentar lo que me estresa y ejecutar sus tareas.	2.42
23. Fijarme o tratar de obtener lo positivo de la situación que preocupa.	3.09
<i>Suma Total Reactivos de Información</i>	<i>61.18</i>

Nota. puntuación mínima 0, puntuación máxima 5, por reactivo. Puntuación mínima 0, puntuación máxima 105, del total de la escala.

Riesgo Suicida: Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS)

El nivel de riesgo en esta escala se clasifica en ALTO (11 - 15), MEDIO (6 - 10) y BAJO (0 - 5), los resultados de la muestra indican que el mayor nivel de riesgo presentado es bajo con un 54.50%, sin embargo, sí existe riesgo suicida en la muestra: alto con un 6.10% y medio que representa el 39.40% (ver Tabla 5).

Tabla 5

Porcentaje de participantes según el nivel de Riesgo Suicida que presentan

Nivel de Riesgo Suicida	Frecuencia	Porcentaje
Alto	2	6.10%
Medio	13	39.40%
Bajo	18	54.50%

Nota. n = 33

Estereotipos de Género: Inventario de Masculinidad y Femeidad (IMAFE)

El inventario clasifica en los siguientes niveles a cada una de las dimensiones que mide: MUY ALTOS (5.26 - 7), ALTOS (3.51 - 5.25), MEDIOS (1.76 - 3.5) y BAJOS (1 - 1.75). De acuerdo a los resultados, el 45.50% de los participantes presenta niveles muy altos en masculinidad, sin embargo, los porcentajes más altos los tiene el nivel alto con el 51.50% (ver Tabla 6).

Tabla 6

Porcentaje de participantes según el nivel de Masculinidad que presentan

Nivel de Masculinidad (pragmáticos o autoafirmativos)	Frecuencia	Porcentaje
Muy altos	15	45.50%
Altos	17	51.50%
Medios	1	3%
Bajos	0	0%

Nota. n = 33

A su vez, los niveles de femineidad muy altos representan el 42.40% de los resultados, no obstante, el 48.50% de los resultados representan niveles altos (ver Tabla 7).

Tabla 7

Porcentaje de participantes según el nivel de Femineidad que presentan

Nivel de Femineidad (expresivos/ de relación)	Frecuencia	Porcentaje
Muy altos	14	42.40%
Altos	16	48.50%
Medios	3	9.10%
Bajos	0	0%

Nota. n = 33

Asimismo, sí se reportaron niveles de machismo en la muestra, 48.50% corresponden a niveles altos y 45.50% corresponden a niveles medios (ver Tabla 8).

Tabla 8

Porcentaje de participantes según el nivel de Machismo que presentan

Nivel de Machismo (dominio/agresión)	Frecuencia	Porcentaje
Muy altos	2	6.10%
Altos	16	48.50%
Medios	15	45.50%
Bajos	0	0%

Nota. n = 33

Finalmente, para este instrumento los niveles de sumisión en la muestra empataron tanto en los niveles altos y medios con 45.50%, sin embargo, sí se presentaron niveles muy altos con un 6.10% (ver Tabla 9).

Tabla 9

Porcentaje de participantes según el nivel de Sumisión que presentan

Nivel de Sumisión (pasividad)	Frecuencia	Porcentaje
Muy altos	2	6.10%
Altos	15	45.50%
Medios	15	45.50%
Bajos	1	3%

Nota. n = 33

Desregulación Emocional: Escala de Dificultades en Regulación Emocional en Español (DERS-E)

Los niveles de desregulación emocional que indica la escala, se clasifican en: MUY ALTOS (99 - 120), ALTOS (74 - 98), MEDIOS (49 -73) y BAJOS (24 - 48). Los resultados de los participantes empataron en los niveles medios y bajos con el 36.40%, sin embargo, el 6.10% de los participantes presentan niveles muy altos de desregulación emocional (ver Tabla 10).

Tabla 10

Porcentaje de participantes según el nivel de Desregulación Emocional que presentan

Nivel de Desregulación emocional	Frecuencia	Porcentaje
Muy altos	2	6.10%
Altos	7	21.20%
Medios	12	36.40%
Bajos	12	36.40%

Nota. n = 33

Familia: Escala de Relaciones Intrafamiliares (E.R.I)

La escala E.R.I. se divide en tres dimensiones, para cada dimensión se establecieron puntajes, mismos que permiten clasificar el nivel en que se encuentra el participante. Para el

caso de la dimensión *unión y apoyo* los niveles de clasificación son: ALTOS (47-55), MEDIO-ALTO (38 - 46), MEDIO (29 - 37), MEDIO-BAJO (20 - 28) y BAJO (1 - 19). Los resultados muestran un 36.40% para el nivel medio, mientras que 12.10% muestra niveles medio-bajo en unión y apoyo (ver Tabla 11).

Tabla 11

Porcentaje de participantes según el nivel de Unión y Apoyo Familiar que presentan

Nivel de Unión y Apoyo Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Alto	6	18.20%
Medio-Alto	9	27.30%
Medio	12	36.40%
Medio-Bajo	4	12.10%
Bajo	2	6.10%

Nota. n = 33

Los puntajes para los niveles de expresión familiar fueron los siguientes: ALTO (94 - 110), MEDIO- ALTO (73 -93), MEDIO - BAJO (39 -55) y BAJO (22 -38). En la muestra los resultados indican que el nivel de expresión que más se presenta es el medio con 45.50%, a su vez, tanto niveles altos como bajos empataron con 6.10% (ver Tabla 12).

Tabla 12

Porcentaje de participantes según el nivel de Expresión Familiar que presentan

Nivel de Expresión Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Alto	2	6.10%
Medio-Alto	10	30.30%
Medio	15	45.50%
Medio-Bajo	4	12.10%
Bajo	2	6.10%

Nota. n = 33

Finalmente, los puntajes para los niveles de dificultades, se clasifican en: ALTO (98 - 115), MEDIO-ALTO (80 - 97), MEDIO (59 - 79), MEDIO-BAJO (41 - 58) y BAJO (23 - 40), el 39.40% representa al nivel medio, sin embargo, sí se observan niveles medio-alto, con un 18.20% y niveles altos con 6.10% (ver Tabla 13).

Tabla 13

Porcentaje de participantes según el nivel de Dificultades Familiares que presentan

Nivel de Dificultades Familiares	Frecuencia	Porcentaje
Alto	2	6.10%
Medio-Alto	6	18.20%
Medio	13	39.40%
Medio-Bajo	10	30.30%
Bajo	2	6.10%

Nota. n = 33

Estrés Académico: Inventario SISCO-21 del Estrés Académico

El inventario clasifica el nivel de estrés académico en porcentajes, mismos que se obtienen al promediar las medias de cada dimensión: SEVERO (67% al 100%), MODERADO (34% al 66%) y LEVE (0% AL 33%). El nivel de estrés académico más encontrado fue el moderado, que representa al 72.70% de la muestra, asimismo se encontró que el 12.10% representa a estrés académico severo (ver Tabla 14).

Tabla 14

Porcentaje de participantes según el nivel de Estrés Académico que presentan

Nivel de Estrés Académico	Frecuencia	Porcentaje
Severo	4	12.10%
Moderado	24	72.70%
Leve	5	15.20%

Nota. n = 33

Depresión: Cuestionario Sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) y Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)

Para evaluar si existían niveles de depresión en la muestra se utilizó el PHQ-9 y las subescalas de depresión de la MINI; en el caso del PHQ-9 los niveles de depresión se clasifican en: GRAVE (20 - 27), MODERADO-GRAVE (15 AL 19), MODERADO (10 - 14), LEVE (5 - 9) y MÍNIMO (0 - 4). En el caso de la MINI, los niveles se clasifican según el episodio, para el episodio depresivo mayor actual, se clasifican como BAJOS (0 - 4) y ALTOS (5 - 9); para el episodio depresivo mayor recidivante, BAJOS (0 - 1) y ALTOS (2 - 3); el episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos actual, se divide en BAJOS (0 - 2) y ALTOS (3 - 5), finalmente la distimia actual se clasifica en BAJOS (0 - 5) y ALTOS (6 - 9). La Tabla 12 muestra los niveles de depresión según el PHQ-9, mientras que las Tablas 13, 14, 15 y 16 muestran los niveles de depresión según la MINI. El 21.20% de los participantes reportan nivel de depresión moderado, mientras que el 12.10% puntúan depresión grave (ver Tabla 15).

Tabla 15

Porcentaje de participantes según el nivel de Depresión que presentan

Nivel de Depresión (PHQ9)	Frecuencia	Porcentaje
Grave	4	12.10%
Moderado-Grave	6	18.20%
Moderado	7	21.20%
Leve	11	33.30%
Mínimo	5	15.20%

Nota. n = 33

Para el episodio depresivo mayor actual, los resultados apuntan que el 39.40% presenta niveles altos (ver Tabla 16).

Tabla 16

Porcentaje de participantes según el nivel de Episodio Depresivo Mayor Actual que presentan

Nivel de Episodio Depresivo Mayor Actual	Frecuencia	Porcentaje
Alto	13	39.40%
Bajo	20	60.60%

Nota. n = 33

Para el episodio depresivo mayor recidivante, los resultados apuntan que el 30.30% presenta niveles altos (ver Tabla 17).

Tabla 17

Porcentaje de participantes según el nivel de Episodio Depresivo Mayor Recidivante que presentan

Nivel de Episodio Depresivo Mayor Recidivante	Frecuencia	Porcentaje
Alto	10	30.30%
Bajo	23	69.70%

Nota. n = 33

Para el episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos actual, los resultados apuntan que el 27.30% presenta niveles altos (ver Tabla 18).

Tabla 18

Porcentaje de participantes según el nivel de Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Melancólicos Actual que presentan

Nivel de Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Melancólicos	Frecuencia	Porcentaje
Alto	9	27.30%
Bajo	24	72.70%

Nota. n = 33

Para la distimia actual, los resultados apuntan que el 42.40% presenta niveles altos (ver Tabla 19).

Tabla 19

Porcentaje de participantes según el nivel Distimia Actual que presentan

Nivel de Distimia Actual	Frecuencia	Porcentaje
Alto	9	27.30%
Bajo	24	72.70%

Nota. n = 33

Ahora bien, en las siguientes tablas se muestra el nivel de correlación entre la variable de riesgo suicida y cada una de las siguientes variables: estereotipos de género, desregulación emocional, familia, estrés académico y depresión. Asimismo, se muestran las correlaciones entre la variable de desregulación emocional y depresión, en el supuesto de que ambas puedan estar relacionadas lo que podría o no determinar que el riesgo suicida aumente.

En la Tabla 20, se observa que la única correlación significativa fue con el estereotipo de género de *sumisión* ($r = .431, p < .015$) si bien, mostró ser una correlación débil se tiene que la sumisión explica 18.58% el riesgo suicida.

Tabla 20

Valores de los índices de correlación de Pearson entre las subescalas del IMAFE y la escala de Riesgo suicida de Plutchik

Variable	1	2	3	4	5
1 Riesgo Suicida	—	-0.161	0.063	-0.006	.431*
2 Masculinidad		—	.525**	0.157	-.698**
3 Femeidad			—	-.417*	-.345*
4 Machismo				—	0.083
5 Sumisión					—

* $p < .05$. ** $p < .001$

La correlación que existe entre la desregulación emocional y el riesgo suicida es positiva media ($r_s = .679, p < .000$), es decir, que la desregulación emocional explica 46.10% el riesgo suicida (ver Tabla 21).

Tabla 21

Valores de los índices de correlación de Rho de Spearman entre la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

Variable	1	2
1 Riesgo Suicida	—	.679**
2 DERS-E		—

* $p < .05$. ** $p < .001$

A su vez, las correlaciones entre las subescalas que evalúan la dinámica familiar y el riesgo suicida mostraron ser significativas. La correlación entre la unión y apoyo percibida en la familia y el riesgo suicida es negativa débil ($r = -.490, p < .004$), es decir, que la unión y apoyo explica 24.01% la disminución del riesgo suicida. Asimismo, la relación entre la expresión percibida en la familia y el riesgo suicida es negativa débil ($r = -.419, p < .015$), lo que es que la expresión en la dinámica familiar explica 17.56% en la disminución del riesgo suicida. Finalmente, la correlación entre las dificultades percibidas en la familia y el riesgo suicida resultó ser positiva débil ($r = .462, p < .007$), esto es que las dificultades percibidas explican 21.34% el riesgo suicida (ver Tabla 22).

Tabla 22

Valores de los índices de correlación de Pearson entre las subescalas de la E.R.I y la escala de Riesgo suicida de Plutchik

Variable	1	2	3	4
1 Riesgo Suicida	—	-.490**	-.419*	.462**
2 Unión y apoyo		—	.905**	-.912**
3 Expresión			—	-.925**
4 Dificultades				—

* $p < .05$. ** $p < .001$

En cuanto a la correlación entre estrés académico y riesgo suicida, se realizaron dos tablas, en una se presenta la correlación entre cada subescala que conforma el instrumento y el riesgo suicida y en la otra la correlación entre el nivel de estrés académico resultante y el riesgo suicida. En la Tabla 23 (ver), se observa que no se encontró correlación significativa entre la subescala de estresores y riesgo suicida; para la subescala de síntomas se encontró una correlación positiva media ($r = .606, p < .000$), lo que es que los síntomas explican 36.72% el riesgo suicida. De manera similar la subescala de estrategias de afrontamiento se correlaciona con el riesgo suicida de manera negativa media ($r = -.519, p < .002$), esto es que las estrategias de afrontamiento explican 26.94% la disminución del riesgo suicida.

Tabla 23

Valores de los índices de correlación de Pearson entre las subescalas del SISCO-21 y la Escala de Riesgo suicida de Plutchik

Variable	1	2	3	4
1 Riesgo Suicida	—	0.130	.606**	-.519**
2 Estresores		—	.400*	-0.068
3 Síntomas			—	-.602**
4 Estrategias de afrontamiento				—

* $p < .05$. ** $p < .001$

Si bien se encontró correlación significativa entre dos de las subescalas que conforman el instrumento, la Tabla 24 (ver) muestra que la correlación entre el nivel de estrés académico y el riesgo suicida fue positiva media ($r = .543, p < .001$), lo que dice que, el nivel de estrés académico explica 29.48% el riesgo suicida.

Tabla 24

Valores de los índices de correlación de Pearson entre el SISCO-21 y la Escala de Riesgo suicida de Plutchik

Variable	1	2
1 Riesgo Suicida	—	.543**
2 SISCO-21		—

* $p < .05$. ** $p < .001$

Para evaluar si existían niveles de relación entre la depresión y el riesgo suicida, se utilizaron dos instrumentos, en el caso del PHQ-9 se encontró una correlación con el riesgo suicida positiva media ($r = .691$, $p < .000$), lo que dice que la depresión explica 47.75% el riesgo suicida (ver Tabla 25).

Tabla 25

Valores de los índices de correlación de Pearson entre el Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 y la escala de Riesgo suicida de Plutchik

Variable	1	2
1 Riesgo Suicida	—	.691**
2 PHQ-9		—

* $p < .05$. ** $p < .001$

En la Tabla 26 se muestran las correlaciones entre el riesgo suicida y la subescalas que se tomaron de la MINI para esta investigación. En el caso del episodio depresivo mayor actual se encontró una correlación positiva considerable ($r_s = .754$, $p < .000$), se puede decir que, el episodio depresivo mayor actual explica 56.85% el riesgo suicida.

El episodio depresivo mayor recidivante y el riesgo suicida obtuvieron una correlación positiva considerable ($r_s = .718$, $p < .000$), esto es, el episodio depresivo mayor recidivante explica 51.55% el riesgo suicida. A su vez, el episodio depresivo mayor con síntomas

melancólicos tuvo una correlación positiva media ($r_s = .683, p < .000$), esto es que el episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos explica 46.65% el riesgo suicida. Finalmente, no se encontró correlación significativa entre el trastorno distímico actual y el riesgo suicida.

Tabla 26

Valores de los índices de correlación de Rho de Spearman entre las subescalas de depresión de la MINI y la Escala de Riesgo suicida de Plutchik

Variable	1	2	3	4	5
1 Riesgo Suicida	—	.754**	.718**	.683**	-0.003
2 MINI Episodio depresivo mayor actual		—	.790**	.818**	-0.004
3 MINI Episodio depresivo mayor recidivante			—	.938**	-.355*
4 MINI Episodio depresivo con síntomas melancólicos				—	-0.283
5 Trastorno distimico actual					—

* $p < .05$. ** $p < .001$

Las siguientes tablas muestran las correlaciones encontradas entre los estereotipos de género con la desregulación emocional y la depresión; y entre la familia con la depresión y el estrés académico, pues son relaciones significativas que señalan las investigaciones aquí referenciadas, mismas que influyen en la aparición del riesgo suicida en jóvenes hombres universitarios.

La Tabla 27 muestra la correlación entre la desregulación emocional y los estereotipos de género marcados por el IMAFE, el único estereotipo que correlacionó significativamente fue el de sumisión, apuntando una correlación positiva media ($r_s = .709, p < .000$), es decir, que las variables se relacionan entre sí en un 50.27%, (la desregulación emocional explica 50.27% la sumisión y la sumisión explica 50.27% la desregulación emocional).

Tabla 27

Valores de los índices de correlación de Rho de Spearman entre las subescalas del IMAFE y la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional

Variable	1	2	3	4	5
1 DERS-E	—	-0.312	-0.121	0.065	.709**
2 Masculinidad		—	.443**	0.056	-.669**
3 Femeineidad			—	-.545**	-0.274
4 Machismo				—	0.160
5 Sumisión					—

* $p < .05$. ** $p < .001$

En la Tabla 28 se observa que las correlaciones entre el machismo ($r = .368, p < .035$) y la sumisión ($r = .487, p < .004$) son positivas y débiles con la depresión. En el caso del machismo representa 13.54% la depresión, mientras que la sumisión explica 23.72% la depresión.

Tabla 28

Valores de los índices de correlación de Pearson entre las subescalas del IMAFE y el Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9

Variable	1	2	3	4	5
1 PHQ-9	—	-0.207	0.266	.368*	.487**
2 Masculinidad		—	.370*	.406*	-0.077
3 Femeineidad			—	.571**	.416*
4 Machismo				—	.487**
5 Sumisión					—

* $p < .05$. ** $p < .001$

En la Tabla 29 se muestran las correlaciones entre los episodios de depresión de la MINI y los estereotipos de género del IMAFE, se observa que al igual que en el PHQ-9, los que tuvieron correlaciones significativas fueron el machismo y la sumisión. El episodio depresivo mayor actual y el machismo obtuvieron una correlación positiva débil ($r_s = .473, p$

< .005), es decir, el episodio depresivo mayor actual y el machismo se relacionan 22.37%. El episodio depresivo mayor actual y la sumisión obtuvieron una correlación positiva débil ($r_s = .433, p < .012$), es decir, el episodio depresivo mayor actual y la sumisión se relacionan 18.75%.

El episodio depresivo mayor recidivante y el machismo obtuvieron una correlación positiva débil ($r_s = .360, p < .039$), esto implica que la relación entre el episodio depresivo mayor recidivante y el machismo es 12.96%. Por otro lado, el episodio depresivo mayor recidivante y la sumisión obtuvieron una correlación positiva débil ($r_s = .435, p < .012$), en otras palabras, la relación entre el episodio depresivo mayor recidivante y la sumisión es 18.92%. A su vez, el episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos tuvo una correlación positiva media ($r_s = .515, p < .002$) únicamente con la sumisión, esto es que el episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos se relaciona 26.52% con la sumisión. Finalmente, no se encontró correlación significativa entre el trastorno distímico actual y algún estereotipo de género.

Tabla 29

Valores de los índices de correlación de Rho de Spearman entre las subescalas del IMAFE y las subescalas de depresión de la MINI

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8
1 MINI Episodio depresivo mayor actual	—	.790**	.818**	-0.004	0.035	0.198	.473**	.433*
2 MINI Episodio depresivo mayor recidivante		—	.938**	-.355*	-0.065	0.268	.360*	.435*
3 MINI Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos			—	-0.283	-0.128	0.216	0.308	.515**
4 Trastorno distímico actual				—	-0.074	-0.250	-0.203	-0.067
5 Masculinidad					—	.382*	.486**	-0.116
6 Femeidad						—	.487**	0.322
7 Machismo							—	0.018
8 Sumisión								—

* $p < .05$. ** $p < .001$

En la Tabla 30 se muestran las correlaciones encontradas entre las subescalas de la E.R.I. y el SISCO-21, instrumentos que miden familia y estrés académico respectivamente. La correlación encontrada entre el estrés académico y la unión y apoyo familiar fue negativa media ($r = -.619$, $p < .000$), esto es que la unión y apoyo explican 38.32% la no presencia de estrés académico. La correlación entre expresión y el estrés académico fue negativa media ($r = -.641$, $p < .000$), esto es que la expresión en el núcleo familiar explica 41.09% la no presencia de estrés académico, finalmente la correlación entre las dificultades y el estrés académico fue positiva media ($r = .655$, $p < .000$), en otros términos, las dificultades percibidas en el núcleo familiar explican 42.90% el estrés académico.

Tabla 30

Valores de los índices de correlación de Pearson entre las subescalas de la E.R.I. y el SISCO-21

Variable	1	2	3	4
1 SISCO-21	—	-.619**	-.641**	.655**
2 Unión y apoyo		—	.905**	-.912**
3 Expresión			—	-.925**
4 Dificultades				—

* $p < .05$. ** $p < .001$

La Tabla 31 muestra las correlaciones encontradas entre las subescalas de la E.R.I y el PHQ-9 que evalúa la depresión. En el caso de la unión y el apoyo se tiene una correlación negativa débil con la depresión ($r = -.491, p < .004$), es decir, que la unión y apoyo percibida explica 24.11% la no presencia de depresión. En el caso de la expresión y la depresión se encontró una correlación negativa débil ($r = -.427, p < .013$), dicho de otra forma, la expresión explica 18.23% la no presencia de depresión. Y finalmente las dificultades y la depresión tuvieron una correlación positiva débil ($r = .453, p < .008$), lo que equivaldría a que las dificultades percibidas en la familia explican 20.52% la depresión.

Tabla 31

Valores de los índices de correlación de Pearson entre las subescalas de la E.R.I. y el Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9

Variable	1	2	3	4
1 PHQ-9	—	-.491**	-.427*	.453**
2 Unión y apoyo		—	.905**	-.912**
3 Expresión			—	-.925**
4 Dificultades				—

* $p < .05$. ** $p < .001$

Finalmente, la Tabla 32 muestra las correlaciones entre las subescalas de la E.R.I y las subescalas de depresión de la MINI, encontrándose lo siguiente:

- La unión y apoyo tienen una correlación negativa débil con el episodio depresivo mayor actual ($r_s = -.390, p < .025$), es decir, que la unión y apoyo en la familia explica 15.21% la no presencia de un episodio depresivo mayor actual.
- La unión y apoyo y el episodio depresivo mayor recidivante tienen una correlación negativa débil ($r_s = -.402, p < .020$), en otras palabras, la unión y apoyo en la familia explica 16.16% la no presencia de un episodio depresivo mayor recidivante.
- La unión y apoyo tienen una correlación negativa débil con el episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos ($r_s = -.427, p < .013$), es decir, que la unión y apoyo en la familia explica 18.23% el episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos.
- La expresión tiene una correlación negativa débil con el episodio de depresión mayor recidivante ($r_s = -.415, p < .016$), dicho de otra forma, la expresión en la familia explica 17.22% la no presencia del episodio depresivo mayor recidivante.
- La expresión tiene una correlación negativa débil con el episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos ($r_s = -.422, p < .014$), esto es que la expresión en la familia explica 17.81% la no presencia del episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos.
- Las dificultades tienen una correlación positiva débil con el episodio depresivo mayor actual ($r_s = .380, p < .029$), en otros términos, las dificultades percibidas en la familia explican 14.44% el episodio depresivo mayor actual.
- Las dificultades tienen una correlación positiva débil con el episodio depresivo mayor recidivante ($r_s = .431, p < .012$), dicho de otro modo, las dificultades percibidas en la familia explican 18.58% el episodio depresivo mayor recidivante.

- Las dificultades tienen una correlación positiva débil con el episodio depresivo con síntomas melancólicos ($r_s = .438, p < .011$), esto es que las dificultades percibidas en la familia explican 19.18% el episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos.
- No se encontraron correlaciones significativas entre las subescalas de la E.R.I. y el trastorno distímico actual.

Tabla 32

Valores de los índices de correlación de Rho de Spearman entre las subescalas de depresión de la MINI y las subescalas de la E.R.I.

Variable	1	2	3	4	5	6	7
1 Unión y apoyo	—	.874**	-.890**	-.390*	-.402*	-.427*	-0.154
2 Expresión		—	-.913**	-0.284	-.415*	-.422*	-0.133
3 Dificultades			—	.380*	.431*	.438*	0.136
4 MINI Episodio depresivo mayor actual				—	.790**	.818**	-0.004
5 MINI Episodio depresivo mayor recidivante					—	.938**	-.355*
6 MINI Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos						—	-0.283
7 Trastorno distímico actual							—

* $p < .05$. ** $p < .001$

6. Discusión

La clasificación del nivel de riesgo suicida que proporciona Monk y Samra (2007, citado en Robles *et al.*, 2013) se divide en Leve, Moderado y Grave. Para esta investigación se utilizó la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, la cual indica que una puntuación mayor a seis es equivalente a riesgo suicida, para fines de esta investigación se consideró a puntuaciones de seis a diez puntos como riesgo moderado y de once puntos a quince como riesgo grave; el 39.40% de la muestra presentó riesgo suicida moderado que implica ideación suicida recurrente, posibles planes y por lo menos un intento previo, es importante mencionar que en este nivel la persona muestra ambivalencia entre si decidir vivir o morir, presentan escasas de redes de apoyo y pesimismo en cuanto a su futuro. El 6.10% de la muestra presentó riesgo suicida grave que implica la idea concreta de querer estar muerto, hay un plan suicida concreto, solo hay presencia de sentimientos de rechazo y soledad, no hay ninguna red de apoyo, existe más de un intento previo, así como desesperanza en su futuro.

Fortune *et al* (2007, citado en Villar *et al.*, 2017) realizaron un estudio con 27 autopsias psicológicas, donde encontraron que las variables que tenían relación al riesgo suicida se centraban en problemas vitales y conductuales: rasgos de personalidad desadaptativa, eventos estresantes como el fracaso escolar, la violencia familiar y algún trastorno mental grave. En esta investigación se encontró que el 21.20% de la muestra presenta niveles altos de desregulación emocional, 18.20% dificultades en el núcleo familiar en un nivel medio-alto, es decir, se refiere a los factores que el participante percibe como indeseables o negativos dentro de la dinámica familiar, el 12.10% mostró un nivel de estrés académico severo, así como nivel de depresión grave, representando la distimia el 42.40% de la muestra y el episodio depresivo mayor el 39.40%.

Ahora bien, se puede observar que hay cierto porcentaje de presencia de cada una de las variables en la muestra, el objetivo de esta investigación fue explorar si la desregulación emocional en función de los estereotipos de género, el vínculo familiar, el estrés académico y la depresión eran variables asociadas al riesgo suicida en jóvenes hombres de entre 18 a 25 años. Por lo que a continuación se habla de la posible presencia o ausencia de la relación encontrada entre las variables.

Caballero, Suárez *et al* (2015); Cuesta (2017); Serrano y Olave (2017) mencionan que la falta de estabilidad emocional, inseguridad, sentimientos de minusvalía, culpa, rabia, impotencia y la hipersensibilidad a eventos menores se relacionan al riesgo suicida. Los problemas relacionados a lo emocional cobran gran impacto para crear en la persona apatía y bloqueo cognitivo, además de conductas agresivas, entre estos problemas se encuentra: la alta inexpresividad emocional, la sobre atención emocional, la incomprensión de sus emociones y sentimientos, el procesamiento de la información emocional de forma desadaptada y la baja regulación emocional (Pedreira, 2019). En esta investigación se encontró que existe una relación del 46.10% entre la desregulación emocional y el riesgo suicida, lo que indica que efectivamente la desregulación emocional se relaciona en una medida aceptable con el riesgo suicida.

Según Rivera (2015) en la población masculina se da una mayor inhibición de la emociones, y cuando se llegan a expresar solo se da salida a emociones negativas malsanas para encubrir las emociones sanas como la tristeza o decepción, que son consideradas también negativas pero torna vulnerable a la persona por lo que prefieren evitar expresarlas, Menjívar (2001) señala que la masculinidad hegemónica que se adquiere en México suprime toda gama de emociones, necesidades y posibilidades; se reprimen a tal grado que no juegan un papel importante en la vida de la persona. El término de masculinidad hegemónica puede tratarse

como machismo en la escala que se utilizó para evaluar los estereotipos de género: IMAFE, sin embargo, en la muestra no se encontró relación entre el machismo (masculinidad hegemónica) y la desregulación emocional, pero sí se encontró el 50.27% de relación entre la desregulación emocional y la sumisión, que de acuerdo con Lara (1993) se relaciona a factores negativos relacionados con lo femenino como la dependencia y debilidad.

Asimismo, no se encontró relación entre el riesgo suicida y el machismo (masculinidad hegemónica), esto se contrapone a la bibliografía aquí reportada, donde se menciona que el riesgo suicida tiene relación con conductas machistas como lo indican las investigaciones de Hardy y Jiménez (2001); Serrano y Olave (2017), sin embargo, sí se encontró 18.58% de relación entre el riesgo suicida y la sumisión.

En los estudios realizados por Andrade (2012); Hernández y Villarreal (2015); Serrano y Olave (2017) se encontró que los problemas de comunicación, los conflictos constantes, la poca o nula demostración afectiva, inestabilidad dentro de la estructura, falta de refuerzo y/o abuso de cualquier índole dentro del núcleo familiar se asocian al riesgo suicida. A su vez Reynoso *et al* (2019) encontró en su estudio que la relación familiar aumenta o disminuye la presencia de conductas suicidas, la unión familiar percibida genera sentimientos de inclusión que fungen como factores protectores.

En esta investigación se encontró que la unión y apoyo percibido en la familia se relaciona 24.01% con la no presencia del riesgo suicida. Gallego (2012) afirma que la comunicación directa es la expresión clara de acuerdos y desacuerdos en el núcleo familiar, mismos que tienen coherencia tanto en la forma de lenguaje verbal y corporal de la persona, aunado a esto Correia y Pinheiro (2017) mencionan que la expresividad dentro del núcleo familiar se ha asociado negativamente al desarrollo de síntomas depresivos y ansiosos. Con respecto a esto Gallego (2012); Pérez, Uribe *et al* (2013) resaltan que para los hombres uno de

los principales factores para la depresión es el estrés generado en el ambiente familiar, caracterizado por discusiones y prohibiciones. En esta investigación se encontró que la expresividad familiar se relaciona 17.56% con la disminución del riesgo suicida. Asimismo, se relaciona 18.23% con la no presencia de niveles de depresión, 17.22% con la no presencia de episodios depresivos mayores recidivantes y 17.81% con la no presencia de episodios depresivos mayores con síntomas melancólicos. Por otro lado, las dificultades percibidas en el núcleo familiar se relacionan 21.34% con el riesgo suicida, 20.52% con la presencia de niveles de depresión, 14.44% con la presencia de un episodio depresivo mayor actual, 18.58% con un episodio depresivo mayor recidivante y 19.18% con un episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos.

Mazo *et al* (2019) mencionan que los eventos disruptivos en la familia se pueden manifestar en bajo rendimiento académico, deserción escolar y en la repitencia escolar. En lo que respecta a esta investigación se encontró que el estrés académico se relaciona 42.90% con la presencia de dificultades percibidas en la familia. Mientras que la unión y apoyo se relaciona 38.32% para que disminuya, al igual que lo hace la expresión en 41.09%.

Por lo que podemos coincidir con lo que menciona Louro (2003); Mazo *et al* (2019) que la salud mental se encuentra en gran parte arraigada a la familia, ya que es a través de ella donde se encuentra la superación de dificultades de la vida de la persona, por lo que las personas que tienen un alto grado de disfuncionalidad familiar, pobre armonía e inclusive desorganización dentro de los roles familiares, son las que tienen mayor probabilidad para la presencia de conductas suicidas.

Ahora bien, Caballero, Bresó *et al* (2015); Maceo *et al* (2013); Raya *et al* (2018); Vega *et al* (2017) identificaron que dentro de los principales estresores académicos para la

población universitaria se encontraban la sobrecarga académica, la falta de tiempo para realizar las actividades que se les solicitaban, trabajar en equipos y la poca eficacia de los profesores para la materia que impartían, esto se relaciona con los principales estresores encontrados en esta investigación, donde se puntuó por encima de la media la sobrecarga de tareas y trabajos escolares, así como el tiempo limitado para hacer y entregar un trabajo, sin embargo, se encontró que para esta muestra el tener poca claridad por parte del profesor respecto a lo que quieren que hagan en sus trabajos resultó ser uno de los principales estresores.

Gonzalez y González (2012); Maceo *et al* (2013); Raya *et al* (2018) identificaron que dentro de los principales síntomas que reportan los alumnos con estrés académico son la depresión, ansiedad, problemas de concentración, impotencia, irritabilidad excesiva, fatiga crónica, problemas digestivos y la evitación de la responsabilidad junto con la adopción de soluciones provisionales; en esta investigación la muestra puntuó alto en algunos de los síntomas que reportan los autores: problemas de concentración, ansiedad, desgano para realizar las tareas, depresión y tristeza, aumento en la irritabilidad y conflictos o tendencias a discutir.

Finalmente, Segura y Pérez (2016) mencionan que las habilidades de afrontamiento mayormente reportadas en hombres son las que se centran en hacer revaluaciones positivas, planificación o en algunos casos en la búsqueda de actividades alternativas que ayuden a distraer a la persona del estrés. En la muestra se encontró que las tres principales habilidades de afrontamiento fueron concentrarse en resolver la situación que le es preocupante, analizar lo positivo y lo negativo de lo que se piensa para solucionar la situación y establecer

soluciones concretas para resolver la situación, contrario a lo mencionan los autores, la menos elegida fue la elaboración de un plan.

Caballero, Suárez *et al* (2015) mencionan que en los universitarios su mayor preocupación está en el rendimiento, las demandas y exigencias de competitividad, falta de apoyo social y las dificultades familiares, en relación a esto Serrano y Flores (2005) resaltan que las conductas suicidas se relacionan a las insuficientes habilidades de afrontamiento para las situaciones que provocan estrés, asimismo muy probablemente con la llegada del COVID-19, el riesgo suicida ha aumentado, debido a las crisis que provocan las pérdidas, los problemas económicos y sociales, así como el confinamiento que obligó a los estudiantes a tomar clases a distancia, lo que pudo aumentar el estrés académico percibido, al ser esta una nueva modalidad a la que pocos o quizá nadie estaba acostumbrado. En esta investigación se encontró que el nivel de estrés académico se relaciona 29.48% con el riesgo suicida, sin embargo, son los síntomas los que presentaron una relación de 36.72% con el riesgo suicida, mientras que las estrategias de afrontamiento se relacionan 26.94% con la no presencia de riesgo suicida. Por lo cual se puede decir que efectivamente el estrés académico se relaciona con el riesgo suicida.

Desde el punto de vista de Toro *et al* (2016) la depresión se caracteriza por factores como la tristeza, pérdida de placer, sentimientos de culpa y puede estar acompañada de patrones de sueño y apetito, sensaciones de cansancio y falta de concentración, que puede afectar la vida de la persona. Las estadísticas del INEGI (2020) registraron que, en el año 2017, en la población mayor a siete años el 72% se había sentido deprimida a diario.

En el año 2020 del total de la población masculina, el 25.63% fue diagnosticada con depresión, ya sea moderada o grave con/sin síntomas psicóticos, esto se relaciona con lo que opinan Rosado *et al* (2014) que la probabilidad de la alta tasa en depresión en los hombres es dada por la menor atención mental que reciben, por lo que muchas de las enfermedades pasan desapercibidas. Londoño y González (2016) en su estudio encontraron que al menos en la mitad de los casos de actos suicidas, había un diagnóstico previo del trastorno del ánimo que en su mayoría era depresión mayor. Berenzon *et al* (2013) plantean que en el 80% de los suicidios cometidos se encontró un cuadro depresivo.

Según Rosado *et al* (2014) la depresión masculina se entiende como un síntoma de debilidad, lo que hace que la persona sufra en silencio, lo que menciona Franchi (2001) con respecto a esto es que el modelo de masculinidad impuesto exige un restringir sus emociones y el cuidar su salud mental queda en último grado de importancia. En esta investigación se encontró que el machismo se relaciona 13.54% con la depresión, mientras que la sumisión 23.72%. En la misma línea, se identificó una relación de 22.37% entre el episodio depresivo mayor actual y el machismo, la sumisión se relacionó 18.75%. El episodio depresivo mayor recidivante se relacionó 12.96% con el machismo y 18.92% con la sumisión. Finalmente, el episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos se relacionó 26.52% con la sumisión.

Según Londoño, Peñate *et al* (2017) las características principales de la depresión en hombres son el incremento en la tensión emocional, incidencia a la evitación que puede relacionarse con hostilidad, agresividad e ira. Por lo que la depresión es uno de los principales motivos de consulta en universitarios, destacan la depresión grave y el trastorno distímico (Páez y Peña, 2018). Se menciona que las conductas autolesivas y la tendencia suicida se dan cuando la depresión se hace más grave, además Reyna-Medina *et al* (2013) encontraron en su

estudio que el 70% de la conducta suicida tenía como rasgo característico la depresión y el 50% carácter agresivo y autodestructivo. Los datos de esta investigación pueden convenir con lo que mencionan los autores, pues se encontró que la depresión tiene 47.75% de relación con el riesgo suicida, lo que la coloca como una variable importante para la presencia de dicho riesgo. Siendo más específicos, el episodio depresivo mayor actual explica 56.85% el riesgo suicida, el episodio depresivo mayor recidivante explica 51.55% el riesgo suicida, el episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos explica 46.65% el riesgo suicida, por último, no se encontró relación entre la distimia y el riesgo suicida.

7. Conclusiones

Se cree que el sector de salud debería de ser el único encargado de atender todos los niveles de prevención en el suicidio, sin embargo las investigaciones sobre la conducta suicida realizadas a lo largo del tiempo han demostrado que el suicidio es una problemática que compete a todos los sectores, al ser un fenómeno multifactorial es necesario que toda la población tenga acceso a información relacionada a la prevención del suicidio, con el fin de que disminuya el estigma que se tiene hacia la conducta suicida y con ello se desarrolle empatía por las personas que están en riesgo suicida, lo que permita que puedan capacitarse como guardianes para la prevención del mismo. Asimismo, se busca que las personas en riesgo visualicen la mayor cantidad de alternativas posibles al suicidio.

El ser estudiante coloca a la persona en un estado vulnerable, pues exige mayor rendimiento en casi todos los aspectos que competen su existencia, cuando a esto se agregan disfuncionalidades en el ámbito familiar, así como desregulaciones en sus emociones, se producen cuadros depresivos, que muy probablemente pueden desencadenar cierto riesgo suicida. Si bien algunos jóvenes recurren a conductas autolesivas sin intenciones de terminar con su vida, o al consumo excesivo de sustancias nocivas, resulta peligroso pues en la mayoría de los casos el alivio a la emoción que quieren hacer frente disminuye, lo que exige mayor frecuencia de la conducta, que puede llegar a tornarse en conductas suicidas.

Ahora bien, esta investigación se llevó a cabo únicamente con jóvenes hombres, pues como reportan las estadísticas, los hombres son quienes más suicidios cometen, lo que lleva a preguntarse qué variables pueden estar influyendo para que esto suceda así; dentro de los resultados encontrados se pudo observar que variables como la desregulación emocional, el

tener rasgos de sumisión, estrés académico, disfuncionalidad en el núcleo familiar y la depresión se asocian al riesgo suicida en hombres jóvenes universitarios.

Se trabajó con una muestra pequeña, pues se buscaron a participantes que voluntariamente quisieran participar en esta investigación y que hubieran acudido al servicio de asesorías psicológicas de la FES Aragón.

La literatura aquí mencionada dice que el machismo está relacionado a conductas suicidas, debido a la alta exigencia que tiene culturalmente ser un hombre: *no llores, no te muestres débil, no atiendas tu salud emocional, no seas cariñoso, se dominante, se energético, se valiente* y muchas exigencias más, sin embargo en esta investigación no se encontró ninguna relación, lo que sí se mostró, es que el machismo se relaciona con la depresión, mostrando mayor relación con el episodio depresivo mayor actual.

El episodio depresivo mayor actual fue el que mayor porcentaje de relación obtuvo con el riesgo suicida, seguido de la desregulación emocional, por lo que implementar programas de prevención que beneficien al alumno en el reconocimiento de sus respuestas fisiológicas, motoras, emocionales y cognitivas muy probablemente permitiría que esto disminuyera, pues sería más fácil para él poder reconocer qué es lo que lo está afectando de una situación. Las dificultades percibidas en el núcleo familiar son las que menor relación obtuvieron con el riesgo suicida, sin embargo, al ser una variable que tiene cierta relación se recomienda que dentro del programa de prevención se trabajen actividades en familia, no necesariamente con todos los miembros, puede ser incluso con la persona que el alumno sienta mayor confianza, de no haberlo convendría trabajar con el alumno juegos de roles y comunicación asertiva que lo preparen para los conflictos que puedan encontrarse en la familia.

Como se reportó el nivel de estrés académico mostró relación con el riesgo suicida, por lo que conviene crear planes que permitan al alumno administrar su tiempo, y por administrar

se hace referencia a que tenga espacios recreativos y de disfrute que le permitan separarse de las labores escolares, uno de los principales estresores fue el hecho de no tener claridad sobre los trabajos que les son solicitados por los maestros, por lo que capacitar al personal docente en la búsqueda de herramientas que les permitan tener un óptimo acercamiento con los alumnos, facilitaría la entrega correcta de los trabajos y probablemente el tiempo de entrega, pues no habría complicaciones a la hora de realizarlos.

Las relaciones encontradas entre las variables indican coincidencia entre la literatura revisada para esta investigación, a excepción de como ya se mencionó, el machismo y su relación con el riesgo suicida, sin embargo, el confinamiento obligatorio que trajo la pandemia por el COVID-19, pudo influir en los resultados, pues estos fueron recabados aproximadamente 13 meses después de iniciado el confinamiento, las estadísticas del INEGI a propósito del suicidio masculino colocaron a la ciudad de México en el lugar número 10 y al Estado de México en el lugar número 17, esto es relevante pues en el año 2019 (antes de la pandemia) ocuparon el lugar 27 y 19 respectivamente. Por otro lado, es importante resaltar que los alumnos que conformaron la muestra ya habían terminado su asesoramiento psicológico a distancia, todo esto lleva a preguntarse ¿es el protocolo del servicio psicológico brindado en la facultad lo suficientemente eficaz para atender problemáticas relacionadas al riesgo suicida? ¿Influyó en los alumnos que la asesoría psicológica tomada fuera en línea? ¿el confinamiento dañó la relación familiar de los estudiantes? y de serlo así ¿en qué aspectos lo hizo? ¿De qué forma el estrés académico incrementó con el confinamiento? ¿Los niveles de desregulación emocional y depresión están relacionados con estragos que produjo la pandemia? En la primera sesión cuando el alumno asiste a asesoría psicológica ¿sería oportuno realizar una evaluación del riesgo suicida? ¿Qué campañas podrían realizarse en la facultad para la

prevención primaria y secundaria del suicidio? ¿Podría realizarse un programa de prevención del suicidio global dirigido a hombres jóvenes de universidades públicas?

Así como las preguntas dichas, pueden surgir muchas otras, por lo que se sugiere que se realicen futuras investigaciones centrándose en la población masculina, mismas que probablemente puedan contribuir a tener más claro las razones por las que el suicidio masculino es mucho mayor que el femenino, así como el saber abordar estos temas con la población masculina. Cabe aclarar que el porcentaje de relación que tienen la mayoría de las variables entre sí fue menor al 50%, por lo que se propone que futuras investigaciones trabajen con un mayor número de participantes, con la variante de que no hayan sido exclusivamente usuarios del servicios de FES Aragón, pues esto puede permitir que la muestra sea representativa de la población universitaria, al no ser únicamente un grupo sesgado, lo que brindaría un panorama amplio de la situación y las medidas que se pueden tener en cuenta para los niveles de prevención.

Resulta importante mencionar que posiblemente las próximas investigaciones pueden tener varianzas en los resultados encontrados pues probablemente se realicen cuando los alumnos estén en una situación académica “normal”, es decir, con asistencia a las aulas, lo que posibilita espacios recreativos y convivencia con sus pares, lo que conlleva mayores redes de apoyo, mejor interacción con el profesor y el nivel más directo de enseñanza, además de tener mayor espacio entre los tiempos y espacios compartidos con los miembros de su familia, así como actividades fuera del hogar que probablemente posibiliten disminuir los niveles de depresión.

En miras de que no ocurra otro confinamiento como el vivido, surge otra interrogante: con la nueva normalidad ¿el cómo se desarrollaba la persona como estudiante antes de la pandemia quedará para siempre en la historia?

Referencias

- Aguirre, R.T. & Slater, H. (2010, 27 of may). Suicide postvention as suicide prevention: Improvement and expansion in the Unites States. *Death Studies*, 34(6), 529-540. 10.1080/07481181003761336
- Amate, E.A. y Vásquez, A.J. (2006). *Discapacidad: lo que todos debemos saber, Intervenciones en el sector de salud* (pp.61-109). OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/719>
- Amezcu, F.R. (2005, enero-febrero). El papel de la familia en el intento suicida del adolescente. *Salud pública de México*, 47 (1), 1-2. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000100001&lng=es&tlng=es
- Andrade, S.J. (2012, junio). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15 (1), 688-721. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/32373/29770>
- Arias, G.W. (2013, enero-julio). Agresión y violencia en la adolescencia: la importancia de la familia. *Avances en Psicología: Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades*, 21(1), 23-34. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2013.v21n1.303>
- Arias, L.H. (2013, octubre-marzo). Factores de éxito en programas de prevención del suicidio. *Revista Vanguardia Psicológica*, 3(2), 215-225. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815157>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5.^a ed.) (pp.155-188, 801-806). Arlington.
- Baader, M.T., Urra, P.E., Millán, A.R y Yáñez, M.L. (2011, mayo). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica clínica Las Condes*, 22(3), 303-309. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70430-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70430-8)
- Barraza, M.A. (2018). *Inventario SISCO SV21. Inventario SISTémico COgnoscitivista para el estudio del estrés académico. Segunda versión de 21 ítems* (pp.25-35). ECORFAN.

- Barroso, M.A. (2019, enero-junio). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39 (135), 51-66. <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/17078>
- Benson, A.K. (2019). Aaron T. Beck. *Salem Press Encyclopedia of Health*, p.1
- Berástegui, P.V. (2013, abril-junio). La familia en la formación de la persona. O la importancia del vínculo de apego temprano en el desarrollo humano. *Estudios Eclesiásticos. Revista teológica de Investigación y Formación*, 88(345), 287-304. <https://revistas.comillas.edu/index.php/estudioseclesiasticos/article/view/7445>
- Berenzon, S., Asunción, L.M., Robles, R. y Medina-Mora, M.E. (2013, enero-febrero). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública de México*, 55(1), 74-80. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7190>
- Berrío, G.N. y Mazo, Z.R. (2011, julio-diciembre). Estrés Académico. *Revista de Psicología. Universidad de Antioquia*, 3(2), 65-82. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/11369>
- Bloch, S. (2004, 18 of november). A pioneer in psychotherapy research: Aaron Beck. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 855-867. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2004.01505.x>
- Bonino, M.L. (2002). Masculinidad hegemónica e identidad masculina. *Dossiers feministes*, núm. 6, 7-35. <https://www.raco.cat/index.php/DossiersFeministes/article/view/102434>
- Brady, M.T. (2014, 14 of october). Cutting the silence: initial, impulsive self-cutting in adolescence. *Journal of Child Psychotherapy*, 40 (3), 287-301, <http://dx.doi.org/10.1080/0075417X.2014.965430>
- Botto, A., Acuña, J. y Jiménez, J.P. (2014, octubre). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicaciones para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica de Chile*, 142, 1297-1300. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>

- Borges, G., Medina, M.M., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J y Fleiz, C. (2009, septiembre-octubre). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32(5), 413-425. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1309
- Bustamente, F. y Florenzano, R. (2013, abril). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura, *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 51(2), 126-136. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000200006
- Caballero, D.C., Bresó, É. y González, G.O. (2015, septiembre-diciembre). Burnout en estudiantes universitarios. *Psicología desde el Caribe*, 32(3), 424-441. <https://www.uv.mx/rmipe/files/2016/04/Burnout-en-estudiantes-universitarios.pdf>
- Caballero, D.C., Suárez, C.Y. y Bruges, C.H. (2015, 29 de octubre). Características de inteligencia emocional en un grupo de universitarios con y sin ideación suicida. *Revista CES Psicología*, 8(2), 138-155. <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3211>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2021, 1 de julio). Artículo 312 y Artículo 313. *Reglas comunes para lesiones y homicidios*. Código Penal Federal. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9_010621.pdf
- Castro, S.E., Benjet, C., Juárez, G.F., Jurado, C.S., Lucio, G.M. y Valencia, C.A. (2017, september-october). Non-suicidal self-injuries in a sample of Mexican university students. *Salud Mental*, 40 (5), 191-199. 10.17711 / SM.0185-3325.2017.025
- Cassiani, M.C., Vargas, H.M., Pérez, A.E., Herazo, B.M. y Hernández, C.M. (2017, 1 de abril). Confiabilidad y dimensión del cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para la detección de síntomas de depresión en estudiantes de ciencias de la salud en Cartagena, 2014. *Biomédica*, 37 (sup1), 114 <https://doi.org/10.7705/biomedica.v37i0.3221>
- Cepeda, H.S. (2019, julio-diciembre). Que no se nos vaya el tren: Las terapias complementarias como apoyo para la transformación de la masculinidad hegemónica. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 30(2), 268-288. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7520756>

- Cerecero-García, D., Macías-González, M., Arámburo-Muro, T. y Bautista-Arredondo, S. (2020, noviembre-diciembre). Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Pública de México*, 62(6), 840-850. <https://doi.org/10.21149/11558>
- Chávez, B.M., Contreras, G.O. y Velázquez, O.M. (2014, julio-diciembre). Afrontamiento y depresión: su relación con pensamiento constructivo y no constructivo en universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16(2), 31-49. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6533215>
- Chávez-Hernández, A. M., & Leenaars, A. A. (2010, julio-agosto). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud mental*, 33(4), 355-360. http://suicidiopreencion.cienciassociales.edu.uy/?attachment_id=366
- Chávez-Hernández, A.M, Medina, N.M. y Macías-García, L.F. (2008, mayo-junio). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud Mental*, 31(3), 197-203. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000300005
- Chavéz, H. A., Pérez, H.R., Macías, G.L. y Páramo, C.D. (2004, septiembre-diciembre). Ideación e Intento Suicida en Estudiantes de Nivel Medio Superior de la Universidad de Guanajuato. *Acta Universitaria*, 14 (3), 12-20. <http://www.repositorio.ugto.mx/handle/20.500.12059/2032>
- Cole-King, A. Parker, V., Williams, H. & Platt, S. (2013, July). Suicide prevention: are we doing enough. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(4), 264-291. 10.1192/apt.bp.110.008789
- Córdova, O.M., Rosales, P.J., y García, C.M. (2012, julio-diciembre). Ideación suicida y variables asociadas en jóvenes universitarios del estado de Hidalgo (México): Comparación por género. *Psicogente*, 15(28), 287-301. <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1876>
- Córdova, O.M. y Rosales, P.J. (2016, julio-diciembre). Ideación suicida: treinta años de investigación en estudiantes universitarios mexicanos. *Psicología y Salud*, 26(2) 233-243. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2199/3933>

- Correia, F. y Pinheiro, M.C. (2017). Papel do ambiente familiar no desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica em jovens adultos. *Psicología Clínica*, 29(2), 253-271. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652017000200007&lng=pt&tlng=pt
- Cuesta, R.D. (2017, marzo-abril). Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Revista Mexicana de Pediatría*, 84 (2), 72-77. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72271>
- Daray, F. M., 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 De Córdoba*, 73 (3), 205-211. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v73.n3.12457>
- De Keijzer, B. (2001, 1 de enero). Hasta donde el cuerpo aguante: Género, cuerpo y salud masculina. *Cátedra Extraordinaria "Benito Juárez" Libertades Laicas*, 1-20 <http://catedra-laicidad.unam.mx/detalle-articulos-de-interes/251/Hasta-donde-el-cuerpo-aguante%3B-g%C3%A9nero%2C-cuerpo-y-salud-masculina>
- De la Roca, C.J., Tapia, I. I., Huerta, L.J., Paramo, C.D, Ramos, F.V. y Pérez, S.L. (2020, 20 of may). Suicide Ideation and Depression among High-School Students in Mexico, *Pensando Psicología*, 16 (1), 1-17. <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2020.01.05>
- De la Torre, M.M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Autónoma de Madrid]. 801-806. https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2018/01/protocolo_ideacion_suicida.pdf
- Dumon, E. y Portzky, G. (2014). *Prevención de la conducta suicida e intervenciones tras el suicidio*. Euregenas, Unidad de investigación en Suicidio. https://aidatu.org/wp-content/uploads/2018/07/Herramienta-colegios_def.pdf
- Durkheim, E. (2008). *El suicidio*. Akal Universitaria (original publicado en 1897).
- Echeburúa, E. (2015, julio). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica, *Terapia Psicológica*, 33(2), 117-126. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>

- España, O.A. y Fernández, P.C. (2010). Protocolo de urgencias hospitalarias ante conductas suicidas, *Protocolo Urgencias Revista Médica de AEN*, 29-34. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1380097721.pdf>
- Fernandes, A.R., Carmo, E.M. y Jiménez, B.S. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos, *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1-12, <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v61n2/v61n2a09.pdf>
- Ferrando, L., Bobes, J., Gilbert, M., Soto, M. y Soto, O. (1998). *M.I.N.I. Mini international Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0. DSM-IV*. Instituto IAP.
- Flores-Soto, M.R., Cancino-Marentes, M.E. y Figueroa, V.M. (2018, octubre-diciembre). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(4), 200-216. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85006>
- Figueroa, G. (2002, octubre). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor, *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40, 46-62. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500004>
- Figueroa-Perea, J.G. (2015, julio). El ser hombre desde el cuidado de sí: Algunas reflexiones. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 7, 121-138. 10.17151/rlef.2015.7.8.
- Franchi, S. (2001). La depresión en el hombre. *Interdisciplinaria*, 18(2), 135-154. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18011325002>
- Freud, S. (1991), *Obras completas. Volumen 13 (1913-1914), Tótem y Tabú y otras obras* (p. 155). Amorrortu editores.
- Freud, S. (2004) *Obras completas. Volumen 6 (1901), Psicopatología de la vida cotidiana* (pp.177,178). Amorrortu editores.
- Freud, S. (2004) *Obras completas. Volumen 18 (1920-22), Más allá del principio del placer, psicología de las masas y análisis del yo y otras obras* (p.155). Amorrortu editores.

- Gallego, H.A. (2012, febrero-mayo). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, núm.35, 326-345. <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/364/679>
- Gallegos, A. M. (2012). La identidad de género: Masculino versus Femenino. En Suárez-Villegas, J.C., Liberia, V.I. y Zurbano-Berenguer, B. (Eds.), *I Congreso Internacional de Comunicación y Género. Libro de Actas* (1 ed., pp.705-718). Universidad de Sevilla, Facultad de Comunicación. <https://idus.us.es/handle/11441/34671>
- García, L.G., Ocaña, Z.J., Cruz, P.O., Hernández, S.S y Pérez, J.C. (2019, 2 de septiembre). Propiedades psicométricas de instrumentos de evaluación de aspectos psicosociales en adolescentes de México. *Revista CES Psicología*, 13(1), 70-88. <https://doi.org/10.21615/cesp.13.1.5>
- García, R.H., Sahagún, F.J., Ruiz, G.A., Saánchez, U.G., Tirado, V.J. y González, G.J. (2010, 1 de septiembre). Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 713-721. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642010000500002>
- Gartzia, L., Aritzeta, A., Balluerka, N. y Barberá, E. (2012, mayo). Inteligencia emocional y género: más allá de las diferencias sexuales. *Anales de Psicología*, 28(2), 567-575. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.2.124111>
- Gómez, P.O. y Calleja, B.N. (2016, 1 de junio). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(1), 96-117. <https://www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/index.php/RMIP/article/view/215/128>
- González, F.C., Hermosillo, A.E., Vacio, M.M, Peralta, R. y Wagner, F. (2015, marzo-abril). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72 (2), 149-155. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhix.2015.05.006>
- González, M.M. y González, M.S. (2012, 15 de agosto). Estrés Académico en el Nivel Medio Superior. *Revista electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por*

Tecnologías, 1(2), 32-70.
<https://chat.iztacala.unam.mx/cshat/index.php/cshat/article/view/51>

González, S.L., Vasco-Hurtado, I.C. y Nieto-Betancurt, L. (2016, enero-junio). Revisión de la literatura sobre el papel del afrontamiento en las autolesiones no suicidas en adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16(1), .41-56.
<https://doi.org/10.18270/chps.v16i1.1968>

Gualpa, G.M y Ochoa, E.S. (2019, enero-julio). Cornisa: conductas suicidas en los adolescentes del décimo año de educación básica. *Pensamiento Americano*, 12 (23), 145-153,
<https://doi.org/10.21803/pensam.v12i22.252>

Hardy, E. y Jiménez, A.L. (2001, julio-diciembre). Masculinidad y Género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 27(2), 77-88. <https://www.redalyc.org/pdf/214/21427201.pdf>

Heilman, B., Barker, G. y Harrison, A. (2017). *La caja de la masculinidad: Un estudio sobre lo que significa ser hombre joven en Estados Unidos, el Reino Unido y México*, Washington DC y Londres: Promundo-US y Unilever, 1-64. https://promundoglobal.org/wp-content/uploads/2017/03/PRO17003_report_ES_007.pdf

Hernández, S.P. y Villarreal, C.R. (2015, agosto). Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *Revista Médica de Santiago de Cuba (MEDISAN)*, 19 (8), 1048-1055.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=60772>

Hofmann, S. G., Asmundson, G. J., & Beck, A. T. (2013, june). The science of cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 199-212. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.01.007>

Hogan, M.F. & Grumet, J.G. (2016, june). Suicide Prevention: An Emerging Priority for Health Care, *Health Affairs*, 35(6), pp.1084-1090. 10.1377/hlthaff.2015.1672

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2016, 15 de febrero). *Depresión*.
<http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/depresion>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Comunicado de prensa Núm.

422/20, “Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre)” [online]

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/suicidios2020_Nal.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Comunicado de prensa

Núm.520/21, “Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre) Datos nacionales” [online]
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (s.f.). *Defunciones por suicidio por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida según sexo, serie anual de 2010 a 2020*. Consultado el 04 de septiembre de 2021.
https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Mortalidad_Mortalidad_07_8627c147-473c-4c63-9967-56664e612f40&fbclid=IwAR31ixsdu8n8ExtaHT1OCAtnOGKhdm9ypIkgh-SrsOWS6QcJt1wb5QXMSKU

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (s.f.). *Defunciones por suicidio por entidad federativa y causa según sexo, serie anual de 2010 a 2020*. Consultado el 04 de septiembre de 2021.
https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Salud_Mental_07_d66a2682-3632-4969-aaee-233b0d838160

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (s.f.). *Defunciones por suicidio por entidad y grupos quinquenales de edad según sexo, serie anual de 2010 a 2020*. Consultado el 04 de septiembre de 2021.
https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Salud_Mental_06_0ce246dc-784f-4198-807b-4375a1612693&fbclid=IwAR08j6jUyIpDeWk_2vAbzgtK0oOvRnGDVsUbuylfMAG2WFC0c250DT6-yio

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (s.f.). *Distribución por edad y sexo. Población total por entidad federativa según sexo, 2000, 2005 y 2010*. Consultado el 7 de

noviembre de 2020.
<https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/default.html?nc=mdemo02>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (s.f.). *Mortalidad*. Consultado el 25 de mayo de 2021.

https://www.inegi.org.mx/temas/mortalidad/?fbclid=IwAR1fCKWPezxV5AoskP9zX899E-aVqrUtrR2XFtxBF8H00U598_uzl81RJWk

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (s.f.). *Porcentaje de defunciones por suicidio con respecto al total de muertes violentas por entidad según sexo, serie anual de 2010 a 2020*. Consultado el 04 de septiembre de 2021.

<https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Salud Mental 08 77a97bc0-8238-4c2e-8b00-9293acaf7bee>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (s.f.). *Salud Mental. Información general*. Consultado el 7 de noviembre de 2020. <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>

Irarrázaval, M, Prieto, F. y Armijo, J. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional, *Acta Bioethica*, 22(1), 37-50. <https://revistas.uchile.cl/index.php/AB/article/view/41712/43214>

Jané-Llopis, E. (2004, enero-marzo). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24(89), 67-77. <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15869>

Joiner, T. (2007). *Why people die by suicide* (pp.223-230). Harvard University Press.

Joiner, T. (2009). The interpersonal- Psychological Theory of Suicidal Behavior: Current Empirical Status, *American Psychological Association*.

Jones, J.G., Cohen, A.L., Worley, K.B and Worthington, T. (2015, may). Accidental scratch or a sign of self-cutting?. *The Journal of Family Practice*, 64(5), 277-281. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26009745/>

- Klimes-Dougan, B. & Lee, C.Y (2010). Suicide prevention public service announcements: Perceptions of young adults, *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31(5), 247-254. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000032>
- Lara, C.A. (1993). *Inventario de Masculinidad-Femineidad. IMAFE*. El manual moderno.
- Le Breton, D. (2018, 13 of march). Understanding Skin-cutting in Adolescence: Sacrificing a Part to Save the Whole. *Body & Society*, 24(1-2), 33-54, 10.1177/1357034X18760175
- Londoño, P.C. y González, R.M. (2016, 12 de septiembre) Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 315-329. 10.14718/ACP.2016.19.2.13
- Londoño, P.C., Peñate, C.W. y González, R.M. (2017, 31 de diciembre). Síntomas de depresión en hombres. *Universitas Psychologica*, 16(4), 1-19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-4.sdeh>
- López, M.I. (2007). *El enfoque de género en la intervención social* (pp. 33-81). Cruz Roja.
- Louro, B.I. (2003, enero-febrero). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(1), 48-51. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n1/spu07103.pdf>
- Lozano, S.C., Huertas, P.A., Martínez, P.C., Ezquiaga, T.E., García-Camba, D.E. y Rodríguez, S.J. (2004, julio-septiembre). Estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (91), 11-22. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000300002
- Maceo, P.O., Maceo, P.A., Varón, B.Y., Maceo, P.M. y Peralta, R.Y. (2013, 28 de febrero). Estrés académico: causas y consecuencias. *Revista Médica MULTIMED*, 17(2), 1-12. <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/302/410>
- Maldonado, A. (2019, 21 de mayo). Estrés laboral y porque ahora la STPS norma a las empresas a atenderlo. *México Forbes*. <https://www.forbes.com.mx/estres-laboral-y-porque-es-normativo-atenderlo/?fbclid=IwAR1W8tBS70n5xo5zgouJyL-z3WOfIHntBFGefDIq2mqYKFij43J61zLiuAQ>

- Mamani-Benito, O.J., Brousett-Minaya, M.A., Ccori-Zúñiga, D. N. y Villasante-Idme, K.S. (2018, enero-abril). La inteligencia emocional como factor protector en adolescentes con ideación suicida. *Duazary: Revista Internacional de Ciencias de la Salud*, 15(1), 39-50. <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2142>
- Mariano, N.C., Jiménez, C.M. y Pérez, C.C. (2018, julio-diciembre). Perfil de estudiantes universitarios que han tenido intentos suicidas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 29 (2), 363-366. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6773572>
- Marín, L.M. (2015, 5 de agosto). Estrés en estudiantes de educación superior de Ciencias de la Salud. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo educativo*, 6 (11). <https://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/145>
- Marín, T.M. (2020, 30 de julio). *Autolesiones no suicidas* [Sesión de conferencia]. Conferencia de Semana de la salud mental: Retos del Siglo XXI, Rotarac San Cristobal, México. <https://fb.watch/7Y18iNWP5p/>
- Marín, T.M., Robles, G.R., González, F.C. y Andrade, P. P. (2012, noviembre-diciembre). Propiedades psicométricas de la Escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35(6), 521-526. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1510/1508
- Martín Z.A y Cano P.J. (2003), Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (5.ª ed.) (pp.225-230). Elsevier.
- Mayo, G.S. y Feria, G.D. (2017, julio-septiembre). La familia, el más importante de los valores. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 1-9. <http://www.eumed.net/rev/ccss/2017/03/familia-valores.html>
- Mazo, G.Y., Mejía, R.L. y Muñoz, P.Y. (2019, enero-junio). Calidad de vida: la familia como una posibilidad transformadora. *Revista Poiésis*, (36), .98-110. DOI: <https://doi.org/10.21501/16920945.3192>
- Medellín, F.M., Rivera, H.M., López, P.J., Kanán, C.ME. y Rodríguez-Orozco, A.R. (2012, marzo-abril). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una

- muestra de Morelia, México. *Salud Mental*, 35(2), 147-154. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=34016>
- Menjívar, O.M. (2001, julio-diciembre). Masculinidad y poder. *Revista Espiga*, 2(4), 1-8. <https://doi.org/10.22458/re.v2i4.735>
- Miranda, R. (2019, 10 de septiembre). Una persona se quita la vida cada día en Edomex. *El sol de Toluca*. <https://www.elsoldetoluca.com.mx/policiaca/una-persona-se-quita-la-vida-cada-dia-en-edomex-4162979.html>
- Morfín, L.T. (2016). *Prevención del suicidio, un imperativo social*. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). <http://hdl.handle.net/11117/3845>
- Morfin, L.T. e Ibarra, L.A. (2015). *Fenómeno suicida: Un acercamiento transdisciplinar* (pp.11,12,147). El Manual Moderno.
- Moutier, C. MD. (2021, april). Suicide Prevention in the COVID-19. Era Transforming Threat Into Opportunity, *JAMA Psychiatry*, 78(4), 433-438. 10.1001/jamapsychiatry.2020.3746
- Nieves, A.Z., González, N.Y. y Jiménez, J.M. (2014, enero-junio). El estrés académico en estudiantes universitarios; algunas consideraciones teóricas. *Praxis Investigativa ReDIE: Revista electrónica de la Red Durango de Investigadores Educativos*, 6(10), 87-97. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6553283>
- Oronoticias. (2020, 10 de septiembre). México ocupa el tercer lugar a nivel mundial en suicidio. *El Demócrata*. <https://eldemocrata.com/mexico-ocupa-el-tercer-lugar-a-nivel-mundial-en-suicidio/?fbclid=IwAR1W8tBS70n5xo5zgouJyL-z3WOfIHntBFGefDIq2mqYKFij43J61zLiuAQ>
- Páez, C.M. y Peña, A.F. (2018, julio-diciembre). Depresión en universitarios. Diversas conceptualizaciones y necesidad de intervenir desde una perspectiva compleja. *Archivos de Medicina*, 18(2), 339-351. <https://doi.org/10.30554/archmed.18.2.2747.2018>
- Paladino, C. y Gorostiaga, D. (2004). Expresividad emocional y estereotipos de género, *Repositorio Institucional de la UNLP, Departamento de Ciencias de la Educación*. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/3242>

- Páramo, A. (2020, 15 de agosto). Pandemia aumenta suicidios en jóvenes; la cuarentena agudizó crisis emocionales. *Excelsior*. <https://www.excelsior.com.mx/nacional/pandemia-aumenta-suicidios-en-jovenes-la-cuarentena-agudizo-crisis-emocionales/1400002>
- Pedreira, M.J. (2019, diciembre). Conductas suicidas en la adolescencia: Una guía práctica para la intervención y la prevención. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 217-237. 10.5944/rppc.26280
- Pérez, B.S. (2005). Recomendaciones para una estrategia de prevención del suicidio, *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 68(3-4), 222-227. <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372039388010.pdf>
- Pérez, P.E., Cervantes, R.V., Hijuelos, G.N., Pineda, C.J. y Salgado, B.H. (2017, mayo-agosto). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista Biomédica*, 28 (2), 74-80. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6048906>
- Pérez, Q.A., Uribe, A.J., Alexandra, V.M., Bahamón, M.M., Verdugo, L.J. y Ochoa, A.S. (2013, septiembre-diciembre). Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 30(3), 551-568. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6408699>
- Pulido, R.M., Serrano, S.M., Valdés, C.E., Chávez, M.M., Hidalgo, M.P. y Vera, G.F. (2011, enero-junio). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Psicología y salud*, 21(1), 31-37. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/674/67462875008/html/index.html>
- Ramírez-Rodríguez, J.C. (2020, agosto-noviembre). Hombres y masculinidades: emociones y significado del trabajo. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 33(12), 39-54. <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/issue/view/1/1>
- Ramos, R. Y. y González, V.M. (2017, enero-marzo). Un acercamiento a la función educativa de la familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(1), 100-114. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000100009
- Raya, C.C., Núñez, O.N. y Alvarez, A.A. (2018, 26 de noviembre). Características de estrés académico y patrón de consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Jóvenes en la Ciencia. Revista de divulgación científica*, 4(1), 231-234.

<http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/2353>

- Real Academia Española. (2020). *Diccionario de la lengua española (edición del tricentenario)*.
<http://dle.rae.es/conducta>
- Real Academia Española. (2020). *Diccionario panhispánico del español jurídico*.
<https://dej.rae.es/lema/suicidio>
- Reyna-Medina, M., Vázquez-de Anda, G.F. y Valdespino-Salinas, E. (2013, mayo-junio). Revisión de la conducta suicida en el sur del Estado de México. *Medicina Interna de México*, 29(3), 257-264. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41854>
- Reynoso, G.O., Caldera, M.J., Carreño, P.B., García, O.D. y Velásquez, A.L. (2019, 14 de mayo). Modelo explicativo y predictivo de la ideación suicida en una muestra de bachilleres mexicanos. *Psicología desde el Caribe*, 36(1), 82-100, ISSN 2011-7485.
<https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/9399>
- Rivera, A.Á. (2015). Arqueología de las emociones. *Vínculos de Historia*, 4, 41-61.
[10.18239/VDH.V0I4.149](https://doi.org/10.18239/VDH.V0I4.149)
- Rivera, H.M y Andrade, P.P. (2010). Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I). *Uarich. Revista de Psicología*, 14, 12-29.
https://www.academia.edu/6596473/Escala_de_evaluaci%C3%B3n_de_las_Relaciones_Intrafamiliares
- Roberts, J.H., Pryke, R., Murphy, M y Russell, L. (2014). Selbstverletzendes Verhalten durch Schneiden bei jungen Menschen. *Praxis*, 103 (13), 781-783. <https://eds-p-ebscobhost-com.pbidi.unam.mx:2443/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=07ec8298-88ce-4f81-92d2-843f9cbf8fd5%40redis>
- Robles, S.J., Ancinas, A.P., y Pérez-Íñigo, G.J. (2013). *Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida* (pp.102-105, 149, 150). Editorial SINTESIS.
- Roca, P.M. y Riccardi, L.A. (2014, julio-diciembre). Familia: Funcionalidad y efectividad como red de apoyo social en pacientes con depresión que están ingresados en el área de

- hospitalización de psiquiatría del hospital del IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo en la ciudad de Guayaquil. *Informes Psicológicos*, 14(2), 81-102. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/1343>
- Rosado, M.M., García, G.F., Alfeo, A.J. y Rodríguez, R.J. (2014, diciembre-mayo). El suicidio masculino: una cuestión de género. *Prisma Social. Revista de Ciencias Sociales*, 13, 433-491. <https://www.redalyc.org/pdf/3537/353744532013.pdf>
- Rosales, P. J., Córdova, O.M. y Ramos, C.R. (2012, enero-julio). Ideación suicida en estudiantes mexicanos: un modelo de relación múltiple con variables de identificación personal. *Psicología y Salud*, 22(1), 63-74. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/558>
- Saldívar, G. A., Díaz, L.R., Reyes, R. N., Armenta, H. C., López, R.F., Moreno, L.M., Romero, P.A., Hernández, S.J. y Domínguez, G.M. (2015, 18 de mayo). Roles de Género y Diversidad: Validación de una Escala en Varios Contextos Culturales. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(3), 2124-2147. [https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(16\)30005-9](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(16)30005-9)
- Sánchez, V. A. (2018, mayo). Relación entre estrés académico e ideación suicida en estudiantes universitarios. *Eureka*, 15 (1), 27-28. https://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-15-1-9_0.pdf
- Sánchez, A. R. y Méndez, C.R. (2011). Elementos mediadores de la felicidad y el bienestar subjetivo en hombres y mujeres. *Revista Costarricense de Psicología*, 30(45-46), 51-76. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476748709003>
- Santana-Campas, M.A. y Santoyo T.F. (2018). Propiedades psicométricas de la escala riesgo suicida de Plutchik en una muestra de jóvenes mexicanos privados de la libertad. *Avances En Psicología*, 26(1), 57-64. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1127>
- Sarason, I.G. y Sarason, B.R. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada* (p.364). Undécimo Edición. Pearson Educación.

- Segura, G.R. y Pérez, S.I. (2016, noviembre). Impacto diferencial del estrés entre hombres y mujeres: una aproximación desde el género. *Alternativas en psicología*, 0(36), 105-120. <https://www.alternativas.me/attachments/article/138/Impacto%20diferencial%20del%20estr%C3%A9s%20entre%20hombres%20y%20mujeres.pdf>
- Seijas, B.D. (2014, enero). Adicciones y depresión en la salud del hombre. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(1), 79-98. 10.1016/S0716-8640(14)70014-8
- Serrano, P.M. y Flores, G.M. (2005, julio-diciembre). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 15(2), 221-230. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/806>
- Serrano, R.C. y Olave, C.J. (2017, agosto-noviembre). Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes. *MedUNAB*, 20 (2), 139-147, <https://doi.org/10.29375/01237047.2272>
- Serrano, B.C., Rojas, G.A. y Ruggero, C. (2013, enero-junio). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 47-60. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80225697004>
- Shneidman, E. S. and Farberow, N. L. (1956). Clues to Suicide. *Public Health Reports*, 71(2), 113-114. <https://www.jstor.org/stable/4589373>
- Shneidman, E. S. (1965). Preventing Suicide. *The American Journal of Nursing*, 65(5), 111-116 en <https://www.jstor.org/stable/3453318>
- Shneidman, E. S. (1984). Aphorisms of Suicide and some Implications for Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 38(3), pp.322-328.
- Struszczyk, S., Galdas, P.M. & Tiffin, P.A. (2019, february). Men and suicide prevention: a scoping review. *Journal of Mental Health*, 28(1), 80-88, 10.1080/09638237.2017.1370638
- Suárez, C.Y., Restrepo, C.D. y Caballero, D.C. (2016, octubre-diciembre). Ideación suicida y su relación con la inteligencia emocional en universitarios colombianos. *Revista de la*

- Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(4), 470-478,
<http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n4-2016005>
- Toribio, F.C. y Franco, B.S. (2016, enero-abril). Estrés académico: El enemigo silencioso del estudiante. *Salud y Administración*, 3 (7), 11-18.
http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol3num7/A2_Estres_acad.pdf
- Toro, T.R., Grajales, G.F. y Sarmiento, L.J. (2016, diciembre). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 16(4), 473-486.
10.5294/aqui.2016.16.4.6
- Valladares, G.A. (2008, 4 de enero). La familia una mirada desde la Psicología, *MediSur*, 6(1), 4-13. <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/402/319>
- Velázquez, E.C y Lino, M. (2018, 22 de julio). Depresión. *Newsweek en Español*, 8-13.
- Vega, V.C., Gómez-Escobar, G., Rodríguez, H.E. y Gálvez, J.F. (2017, marzo). Estrés, apoyo social académico y rezago escolar en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 19-33.
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/58921>
- Venceslá, M.J. y Moriana, E.J. (2002, octubre-diciembre). Conducta autolesiva y parasuicida. Características sociodemográficas en población infantojuvenil de ámbito rural. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21 XXI (84), 49-59.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000400004
- Verdugo, L.J., Arguelles, B., Guzmán, M.J., Márquez, G.C., Montes, D.R. y Uribe, A.I. (2014, mayo-agosto). Influencia del clima familiar en el proceso de adaptación social del adolescente. *Psicología desde el caribe*, 31 (2), 207-222.
<https://www.redalyc.org/pdf/213/21331836002.pdf>
- Vidal-Conti, J., Muntaner-Mas, A. y Palou, S.P. (2018). Diferencias de estrés y afrontamiento del mismo según el género y cómo afecta al rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Contextos Educativos*, 0 (22), 181-195.
<https://doi.org/10.18172/con.3369>

- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011, abril). Nivel de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33 (1), 11-14. <https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosdemedicinainterna/2011/vol33/no1/3.pdf>
- Vilchez, J.L., Vanegas, Q.O., Samaniego-Chalco, M.J., Vilchez, T.M. y Sigüenza, C.W. (2019, enero-marzo). Relación entre estilos parentales y conductas autolesivas sin intención suicida en población ecuatoriana. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 48 (1), 21-31. <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/250/278>
- Villalobos, G.F. (2009). *Ideación suicida en Jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior* [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. 14-16. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/2352>
- Villar, C.F., Castellano, T.C., Sánchez, F.B., Verge, M.M. Y Blasco, B.T. (2017, enero-marzo). Perfiles psicológicos del adolescente con conducta suicida. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1, 7-18. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v34n1a1>
- Wright, B., Hooke, N., Neupert, S., Nyen, C. & Ker, S. (2013, november). Young people who cut themselves: can understanding the reasons guide the treatment?. *Advances in psychiatric treatment*, 19, 446-456. 10.1192/apt.bp.112.011049
- World Health Organization (WHO). (2014). *Preventing suicide: a global imperative* (pp.9-24). WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/97892?sequence=1>

Anexos

Anexo 1.

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

Nombre completo:

Nº HCL

Fecha de aplicación:

<i>Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.</i>		
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	<i>SI</i>	<i>NO</i>
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	<i>SI</i>	<i>NO</i>
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	<i>SI</i>	<i>NO</i>
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	<i>SI</i>	<i>NO</i>
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	<i>SI</i>	<i>NO</i>
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	<i>SI</i>	<i>NO</i>
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	<i>SI</i>	<i>NO</i>
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	<i>SI</i>	<i>NO</i>
9. ¿Está deprimido/a ahora?	<i>SI</i>	<i>NO</i>
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	<i>SI</i>	<i>NO</i>
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	<i>SI</i>	<i>NO</i>
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	<i>SI</i>	<i>NO</i>
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	<i>SI</i>	<i>NO</i>
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	<i>SI</i>	<i>NO</i>
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	<i>SI</i>	<i>NO</i>
Puntuación total		

PUNTUACIÓN

Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto. Cada respuesta negativa evalúa 0 puntos. La puntuación total oscila entre 0 y 15

INTERPRETACIÓN

A mayor puntuación, mayor riesgo. Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6.

Anexo 2.

Inventario de masculinidad y femineidad • 47

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una lista de palabras que describen formas de ser de las personas, por ejemplo: racional, cariñoso, flojo. Le voy a pedir que utilice esas palabras para describirse. Esto es, a cada palabra le pondrá un número entre uno y siete, según qué tan bien crea que describe su manera de ser.

Estos números del uno al siete significan lo siguiente:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca o casi nunca soy así	Muy pocas veces soy así	Algunas veces soy así	La mitad de las veces soy así	A menudo soy así	Muchas veces soy así	Siempre o casi siempre soy así

Ejemplo:

- Listo** Le pondrá el número 3 si cree que algunas veces usted es listo.
- Malicioso** Le pondrá el número 1 si cree que nunca o casi nunca usted es malicioso.
- Responsable** Le pondrá el número 7 si cree que siempre o casi siempre usted es responsable.

En seguida se encuentran estas descripciones, asigne un número de acuerdo con la escala del 1 al 7 como se muestra arriba.

POR FAVOR NO DEJE NINGÚN INCISO SIN CONTESTAR

1. Seguro de mí mismo (a)	20. Indeciso (a)	40. Cobarde
2. Afectuoso (a)	21. Dispuesto (a) a arriesgarme	41. Racional
3. Enérgico (a)	22. Deseoso (a) de consolar al que se siente lastimado	42. Me gustan los niños
4. Conformista	23. Agresivo (a)	43. Rudo (a)
5. Me comporto confiado (a) de los demás	24. De personalidad débil	44. Dependiente
6. Compasivo (a)	25. Autosuficiente	45. Maduro (a)
7. Dominante	26. Cariñoso (a)	46. De voz suave
8. Simplista	27. Uso malas palabras	47. Incomprensivo (a)
9. Analítico(a)	28. Inseguro (a) de mí mismo (a)	48. Influyente
10. Sensible a las necesidades de los demás	29. Independiente	49. Valiente
11. Individualista	30. Amigable	50. Generoso (a)
12. Sumiso (a)	31. Materialista	51. Frio (a)
13. Hábil para dirigir	32. Pasivo(a)	52. No me gusta arriesgarme
14. Comprensivo (a)	33. Competitivo (a)	53. Reflexivo (a)
15. Ambicioso (a)	34. Tierno (a)	54. Espiritual
16. Incapaz de planear	35. Autoritario (a)	55. De voz fuerte
17. Tomo decisiones con facilidad	36. Resignado (a)	56. Retraído (a)
18. Caritativo (a)	37. Atlético (a)	57. De personalidad fuerte
19. Arrogante	38. Dulce	58. Cooperador (a)
	39. Egoísta	59. Malo (a)
		60. Tímido (a)

Anexo 3.

DERS-Español

INSTRUCCIONES: *Por favor indica qué tan frecuentemente te pasa lo siguiente en el último mes, marcando con una X en la parte derecha de cada frase la respuesta que corresponda, puedes tomar en cuenta que cada respuesta tiene el siguiente significado:*

Casi nunca (0-10%)	Algunas veces (11-35%)	La mitad de las veces (36-65%)	La mayoría de las veces (66-90%)	Casi siempre (91-100%)
-----------------------	---------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------

¿Qué tan seguido te pasa esto en el último mes?	Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
	0	1	2	3	4
1. Tengo claros mis sentimientos					
2. Pongo atención a cómo me siento					
3. Mis sentimientos me sobrepasan y están fuera de control					
4. No tengo idea de cómo me siento.					
5. Me cuesta trabajo entender por qué me siento como me siento					
6. Le hago caso a mis sentimientos					
7. Sé exactamente cómo me siento					
8. Estoy confundid@ por cómo me siento					
Para contestar todas las frases siguientes, piensa en las ocasiones en que te has sentido mal en el último mes. <u>Cuando me siento mal yo:</u>	Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
9. Puedo reconocer cómo me siento					
10. Me enojo conmigo mism@ por sentirme de esa manera.					
11. Me cuesta trabajo hacer mis deberes					
12. Creo que así me sentiré por mucho tiempo.					
13. Me cuesta trabajo ocuparme de otras cosas					
14. Siento que soy débil					
15. Me siento culpable por sentirme de esa manera					
16. Me cuesta trabajo concentrarme					
17. Me cuesta trabajo controlar lo que hago					
18. Creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor					
19. Me molesto conmigo mism@ por sentirme de esa manera					
20. Me empiezo a sentir muy mal conmigo mism@					
21. Creo que no puedo hacer otra cosa que dejarme llevar por cómo me siento					
22. Pierdo el control de cómo me porto					
23. Se me dificulta pensar en algo más					
24. Me toma mucho tiempo sentirme mejor					

Anexo 4.

Rivera Heredia y Andrade Palos

ANEXOS

ESCALAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA RELACIONES INTRAFAMILIARES (E.R.I.)

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN

Ayúdanos a conocer cómo funcionan las familias en México, con base en la experiencia y opinión que tienes sobre tu propia familia. La información que tú proporcionas será estrictamente confidencial. Recuerda que lo importante es conocer TU punto de vista. Trata de ser lo más sincero y espontáneo posible. Gracias por tu colaboración.

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con TU FAMILIA. Indica cruzando con una X (equis) el número que mejor se adecue a la forma de actuar de tu familia, basándote en la siguiente escala:

TA = 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO

A = 4 = DE ACUERDO

N = 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO)

D = 2 = EN DESACUERDO

TD = 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO

EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES		TA	A	N	D	TD
Versión larga hasta el reactivo 56 y versión intermedia hasta el reactivo 37						
1	En mi familia hablamos con franqueza.	5	4	3	2	1
2	Nuestra familia no hace las cosas junta.	5	4	3	2	1
3	Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista.	5	4	3	2	1
4	Hay muchos malos sentimientos en la familia.	5	4	3	2	1
5	Los miembros de la familia acostumbran hacer cosas juntos.	5	4	3	2	1
6	En casa acostumbramos expresar nuestras ideas.	5	4	3	2	1
7	Me avergüenza mostrar mis emociones frente a la familia.	5	4	3	2	1
8	En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones.	5	4	3	2	1
9	Frecuentemente tengo que adivinar sobre qué piensan los otros miembros de la familia o sobre cómo se sienten.	5	4	3	2	1

EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES		TA	A	N	D	TD
Versión larga hasta el reactivo 56 y versión intermedia hasta el reactivo 37						
10	Somos una familia cariñosa.	5	4	3	2	1
11	Mi familia me escucha.	5	4	3	2	1
12	Es difícil llegar a un acuerdo con mi familia.	5	4	3	2	1
13	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.	5	4	3	2	1
14	En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.	5	4	3	2	1
15	En nuestra familia hay un sentimiento de unión.	5	4	3	2	1
16	En mi familia, yo me siento libre de expresar mis opiniones.	5	4	3	2	1
17	La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable.	5	4	3	2	1
18	Los miembros de la familia nos sentimos libres de decir lo que traemos en mente.	5	4	3	2	1
19	Generalmente nos desquitamos con la misma persona de la familia cuando algo sale mal.	5	4	3	2	1
20	Mi familia es cálida y nos brinda apoyo.	5	4	3	2	1
21	Cada miembro de la familia aporta algo en las decisiones familiares importantes	5	4	3	2	1
22	Encuentro difícil expresar mis opiniones en la familia.	5	4	3	2	1
23	En nuestra familia a cada quien le es fácil expresar su opinión.	5	4	3	2	1
24	Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.	5	4	3	2	1
25	Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.	5	4	3	2	1
26	Nosotros somos francos unos con otros.	5	4	3	2	1
27	Es difícil saber cuáles son las reglas que se siguen en nuestra familia.	5	4	3	2	1
28	En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas.	5	4	3	2	1
29	Los miembros de la familia no son muy receptivos para los puntos de vista de los demás.	5	4	3	2	1
30	Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros.	5	4	3	2	1

Rivera Heredia y Andrade Palos

EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES		TA	A	N	D	TD
Versión larga hasta el reactivo 56 y versión intermedia hasta el reactivo 37						
31	En mi familia, yo puedo expresar cualquier sentimiento que tenga.	5	4	3	2	1
32	Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.	5	4	3	2	1
33	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones.	5	4	3	2	1
34	Si las reglas se rompen no sabemos que esperar.	5	4	3	2	1
35	Las comidas en mi casa, usualmente son amigables y placenteras.	5	4	3	2	1
36	En mi familia nos decimos las cosas abiertamente.	5	4	3	2	1
37	Muchas veces los miembros de la familia se callan sus sentimientos para ellos mismos	5	4	3	2	1
38	Nos contamos nuestros problemas unos a otros.	5	4	3	2	1
39	Generalmente cuando surge un problema cada miembro de la familia confía solo en sí mismo.	5	4	3	2	1
40	Mi familia tiene todas las cualidades que yo siempre quise en una familia.	5	4	3	2	1
41	En mi familia, yo siento que puedo hablar las cosas y solucionar los problemas.	5	4	3	2	1
42	Nuestra familia no habla de sus problemas.	5	4	3	2	1
43	Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos.	5	4	3	2	1
44	El tomar decisiones es un problema en nuestra familia.	5	4	3	2	1
45	Los miembros de la familia realmente se apoyan.	5	4	3	2	1
46	En mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta.	5	4	3	2	1
47	En nuestra familia, cuando alguien se queja otro se molesta.	5	4	3	2	1
48	Si hay algún desacuerdo en la familia, tratamos de suavizar las cosas y de mantener la paz.	5	4	3	2	1
49	Nuestras decisiones no son propias sino que están forzadas por cosas fuera de nuestro control.	5	4	3	2	1
50	La gente de mi familia frecuentemente se disculpa de sus errores.	5	4	3	2	1
51	La disciplina es razonable y justa en nuestra familia.	5	4	3	2	1
52	Los miembros de la familia no concordamos unos con otros al tomar decisiones.	5	4	3	2	1

Uaricha Revista de Psicología, 14, 12-29 (2010)

EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES		TA	A	N	D	TD
Versión larga hasta el reactivo 56 y versión intermedia hasta el reactivo 37						
53	Todo funciona en nuestra familia.	5	4	3	2	1
54	Peleamos mucho en nuestra familia.	5	4	3	2	1
55	Los miembros de la familia nos animamos unos a otros a defender nuestros derechos.	5	4	3	2	1
56	Las tareas familiares no están lo suficientemente bien distribuidas.	5	4	3	2	1

Anexo 5.

Instrumento:

1.- Durante el transcurso de este semestre ¿has tenido momentos de preocupación o nerviosismo (estrés)?

- Si
 No

En caso de seleccionar la alternativa "no", el cuestionario se da por concluido, en caso de seleccionar la alternativa "si", pasar a la pregunta número dos y continuar con el resto de las preguntas.

2.- Con la idea de obtener mayor precisión y utilizando una escala del 1 al 5 señala tu nivel de estrés, donde (1) es poco y (5) mucho.

1	2	3	4	5

3.-Dimensión estresores

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de aspectos que, en mayor o menor medida, suelen estresar a algunos alumnos. Responde, señalando con una X, ¿con que frecuencia cada uno de esos aspectos te estresa? tomando en consideración la siguiente escala de valores:

Nunca	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
N	CN	RV	AV	CS	S

¿Con qué frecuencia te estresa :

Estresores	N	CN	RV	AV	CS	S
La sobrecarga de tareas y trabajos escolares que tengo que realizar todos los días						
La personalidad y el carácter de los/as profesores/as que me imparten clases						
La forma de evaluación de mis profesores/as (a través de ensayos, trabajos de investigación, búsquedas en Internet, etc.)						
El nivel de exigencia de mis profesores/as						
El tipo de trabajo que me piden los profesores (consulta de temas, fichas de trabajo, ensayos, mapas conceptuales, etc.)						
Tener tiempo limitado para hacer el trabajo que me encargan los/as profesores/as						
La poca claridad que tengo sobre lo que quieren los/as profesores/as						

4.- Dimensión síntomas (reacciones)

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de reacciones que, en mayor o menor medida, suelen presentarse en algunos alumnos cuando están estresados. Responde, señalando con una X, ¿con que frecuencia se te presentan cada una de estas reacciones cuando estás estresado? tomando en consideración la misma escala de valores del apartado anterior.

Con qué frecuencia se te presentan las siguientes reacciones cuando estás estresado:

Síntomas	N	CN	RV	AV	CS	S
Fatiga crónica (cansancio permanente)						
Sentimientos de depresión y tristeza (decaído)						
Ansiedad, angustia o desesperación						
Problemas de concentración						
Sentimiento de agresividad o aumento de irritabilidad						
Conflictos o tendencia a polemizar o discutir						
Desgano para realizar las labores escolares						

5.- Dimensión estrategias de afrontamiento

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de acciones que, en mayor o menor medida, suelen utilizar algunos alumnos para enfrentar su estrés. Responde, encerrando en un círculo, ¿con qué frecuencia utilizas cada una de estas acciones para enfrentar tu estrés? tomando en consideración la misma escala de valores del apartado anterior.

¿Con qué frecuencia utilizas cada una de estas acciones para enfrentar tu estrés:

Estrategias	N	CN	RV	AV	CS	S
Concentrarse en resolver la situación que me preocupa						
Establecer soluciones concretas para resolver la situación que me preocupa						
Analizar lo positivo y negativo de las soluciones pensadas para solucionar la situación que me preocupa						
Mantener el control sobre mis emociones para que no me afecte lo que me estresa						
Recordar situaciones similares ocurridas anteriormente y pensar en cómo las solucione						
Elaboración de un plan para enfrentar lo que me estresa y ejecución de sus tareas						
Fijarse o tratar de obtener lo positivo de la situación que preocupa						

Anexo 6.

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)				
Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? (Marque con una "✓" para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
FOR OFFICE CODING <u> 0 </u> + <u> </u> + <u> </u> + <u> </u> =Total Score: <u> </u>				
Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?				
Para nada difícil <input type="checkbox"/>	Un poco difícil <input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/>	Extremadamente difícil <input type="checkbox"/>	

Anexo 7.

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

4

A. Episodio depresivo mayor

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	NO	SÍ	
A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR sí , SI CONTESTÓ sí EN ALGUNA	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9
	¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?	NO	SÍ	

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SÍ	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

5

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SÍ	12
		Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
		¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	→ NO	SÍ	

A6 Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:

a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SÍ	14
c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
d	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO SÍ

**EPISODIO
DEPRESIVO MAYOR
CON SÍNTOMAS
MELANCÓLICOS
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

6

B. Trastorno distímico

(→ SIGNIFICA: IRA LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	NO	SÍ	17
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	NO	SÍ	18
B3	Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:			
a	¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SÍ	19
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SÍ	20
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SÍ	21
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SÍ	22
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SÍ	23
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SÍ	24
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	NO	SÍ	
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	NO	SÍ	25
	¿CODIFICÓ SÍ EN B4?	NO	SÍ	

NO SÍ
**TRASTORNO DISTÍMICO
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)