



Título del artículo.

Factores de riesgo asociados al comportamiento suicida y su interpretación a la luz de las principales teorías humanistas en estudiantes de la carrera de enfermería.

Título del artículo en idioma inglés.

Risk factors associated with suicidal behavior and its interpretations sustained by main humanistic theories in students of the nursing major career.

Autores.

Ma. de Jesús Gutiérrez Campos
Ma. Olga Romero Estrada
Ma. del Refugio Cabral de la Torre
Laura Teresa Pérez Covarrubias
Rosa Graciela Solórzano López
Héctor Ramón Martínez Ramirez

Referencia bibliográfica:

MLA

Gutiérrez Campos, Ma. de Jesús Ma. Olga Romero Estrada, Ma. del Refugio Cabral de la Torre, Laura Teresa Pérez Covarrubias, Rosa Graciela Solórzano López y Héctor Ramón Martínez Ramirez. "Factores de riesgo asociados al comportamiento suicida y su interpretación a la luz de las principales teorías humanistas en estudiantes de la carrera de enfermería". *Tlamati* 9.1, 2018: 55-72. Print.

APA

Gutiérrez Campos, M. de J., Romero Estrada, M. O., Cabral de la Torre, M. del R., Pérez Covarrubias, L. T., Solórzano López, R. G. y Martínez Ramirez, H. R. (2018). Factores de riesgo asociados al comportamiento suicida y su interpretación a la luz de las principales teorías humanistas en estudiantes de la carrera de enfermería. *Tlamati*, 9(1), 55-72.

ISSN: 2007-2066.

Publicado el 30 de Junio del 2018

© 2018 Universidad Autónoma de Guerrero

Dirección General de Posgrado e Investigación

Dirección de Investigación

TLAMATI, es una publicación trimestral de la Dirección de Investigación de la Universidad Autónoma de Guerrero. El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva de los autores y no refleja de manera alguna el punto de vista de la Dirección de Investigación de la UAGro. Se autoriza la reproducción total o parcial de los artículos previa cita de nuestra publicación.



Factores de riesgo asociados al comportamiento suicida y su interpretación a la luz de las principales teorías humanistas en estudiantes de la carrera de enfermería

Ma. de Jesús Gutiérrez Campos^{1*}
Ma. Olga Romero Estrada²
Ma. Del Refugio Cabral de la Torre¹
Laura Teresa Pérez Covarrubias²
Rosa Graciela Solórzano López²
Héctor Ramón Martínez Ramírez²

¹Universidad de Guadalajara. Departamento de Enfermería de Comunitaria. Sierra Mojada No. 950, Col. Independencia C.P. 44348, Guadalajara, Jalisco, México. Tel: (+52) 10585281 Ext. 33956

² Universidad de Guadalajara. Departamento de Clínicas Aplicadas. Sierra Mojada No. 950, Col. Independencia C.P. 44348, Guadalajara, Jalisco, México. Tel: (+52) 10585281 Ext. 33956

*Autor de correspondencia
chuyita_578@hotmail.com

Resumen

La identificación de los factores de riesgo en estudiantes de enfermería, en particular los estudiantes de la carrera de enfermería del Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), situados en una etapa entre la adolescencia y adulto joven, se les ha considerado “vulnerables” para el desarrollo de conductas de riesgo de suicida. El objetivo general de este estudio es determinar los factores de riesgo asociados al comportamiento suicida en estudiantes de la carrera de Enfermería del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, siendo los objetivos específicos el determinar los factores de riesgo asociados al comportamiento suicida con base en la presencia de historia personal de intento suicida o sin historia de intento suicida y comparar las características generales por grupos, de acuerdo con la historia personal de intento suicida o sin historia de intento suicida.

El presente estudio muestra por primera vez que el riesgo de suicidio es alto en la población de estudio y que debe de ser considerado como un problema de salud pública que no ha sido suficientemente advertido, siendo los participantes más jóvenes los que presenta con mayor frecuencia de intento previo de suicido, por lo que la determinación del comportamiento es esencial para elaborar y sustentar una propuesta que permita identificar, entender y explicar los factores que pueden prevenir, propiciar o evitar el intento o ejecución de un suicidio en una población tradicionalmente vulnerable a exposiciones externas e internas.

Palabras clave: Conducta suicida, factores de riesgo, estudiantes de enfermería

Como citar el artículo:

Gutiérrez Campos, M de J., Romero Estrada, M. O., Cabral de la Torre, M. del R., Pérez Covarrubias, L. T., Solórzano López, R. G. y Martínez Ramírez, H. R. (2018). Factores de riesgo asociados al comportamiento suicida y su interpretación a la luz de las principales teorías humanistas en estudiantes de la carrera de enfermería. *Tlamati*, 9(1), 55-72.

Abstract

General objective of this study is to determine risk factors associated with suicidal behavior in students of the nursing career at the University Center of Health Sciences of the University of Guadalajara. Specific objectives are to determine risk factors associated with suicidal behavior based on presence of personal history of suicide attempt or without a personal history of suicide attempt and to compare general characteristics by groups, according to the personal history of suicide attempt or without a history of suicide attempt.

This study shows for the first time that risk of suicide is high in the studied population and that it should be considered as a public health problem that has not been sufficiently documented, with youngest participants presenting the highest frequency of previous attempt of suicide, for which the determination of the behavior is essential to elaborate and sustain a proposal that allows to identify, understand and explain those factors that can prevent, propitiate or avoid the attempt or execution of a suicide in a population traditionally vulnerable to external and internal exposures.

Keywords: suicidal behavior , risk factors , nursing students

Introducción

A los jóvenes universitarios, en particular los estudiantes de la carrera de enfermería del Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), los podemos situar en una etapa del ciclo vital humano, entre la adolescencia y adulto joven. A través de la historia, esta etapa se ha considerado “vulnerable” para el desarrollo de conductas de riesgo de suicida, que implica profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, en gran medida generadoras de crisis, conflictos y contradicciones.

Los avances científicos y tecnológicos de las sociedades modernas están cambiando la “tarea de ser de los adolescentes”: Mientras se privilegian los logros individuales y la competitividad, al mismo tiempo propician la pérdida de valores como la dignidad, el respeto a sí mismo y al prójimo (Montes Sosa, 2009). Lo anterior, puede condicionar en los adolescentes la sensación de vacío existencial, pérdida del sentido de vida, falta de corresponsabilidad con el otro para la realización de la tarea común del crecimiento personal.

Vivimos en una sociedad de consumo, que no sólo pretende la satisfacción de todas las necesidades, sino que también estimula la creación de necesidades nuevas; sin embargo, en gran medida ignora, descuida y frustra lo más humano: la necesidad de sentido (Op. Cit., 2009). Con lo anterior se puede decir, que la motivación más profunda en el ser humano no es la voluntad de placer o poder, sino una voluntad de sentido de vida (Frankl V, 1946). En este contexto, en las sociedades actuales, se puede hablar de la sensación de “insignificancia del ser humano”, especialmente en los jóvenes que conlleva un debilitamiento paulatino para afrontar su responsabilidad social, acompañados de sentimientos de ansiedad, apatía, odio, mayor aislamiento de la persona con respecto a su prójimo, lo que incrementa el sentimiento de insignificancia y desamparo del individuo y como consecuencia, la existencia de un fuerte peligro para que los adolescentes adquieran una representación social errónea y se desplacen en dirección de las drogas, conductas antisociales y al suicidio como una respuesta al desamparo social (Reyes Valadez, 2008).

En este sentido, el humanismo es una respuesta vigente a la problemática del suicidio en el adolescente: enfatiza que la comprensión del ser humano debería de ser integral en el desarrollo del potencial humano. (Lafarga J, 2013).

Es decir, desde este punto de vista la persona debe ser considerada de manera positiva y digna de confianza. Propone la autorregulación de las personas mediante el desarrollo y actualización de sus capacidades; promueve como los valores más importantes el respeto, la tolerancia, la libertad, todos ellos básicos para la convivencia humana y la autorregulación (Op.cit., 2013).

El comportamiento suicida de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), consideran que es un problema de salud pública en todo el mundo. La falta de acceso a la atención adecuada es uno de los factores que aumentan el estigma con el comportamiento suicida; el cual puede asociarse con la falta de conocimiento sobre el tema. Una de las formas de abordarlo es mediante programas educativos basados en la comunidad y dirigidos a grupos específicos de riesgo. Sin embargo, se reconoce que el conocimiento no es suficiente para combatir el estigma. Esto puede resultar en una falla en el momento de brindar una atención óptima y apoyo en situaciones de crisis. Cambiar tales actitudes requiere de un esfuerzo a largo plazo para modificar valores culturales de la comunidad y de un esfuerzo paralelo para modificar y mejorar la forma de abordaje de los trabajadores de la salud, en particular interés en los adolescentes (OMS/OPS, 2013).

La mayoría de los suicidios pueden prevenirse. La OMS aconseja, entre otras cosas, reducir el acceso a los medios para suicidarse (pesticidas, medicamentos, armas de fuego); tratar a las personas con trastornos mentales, y en particular a quienes padecen depresión, alcoholismo o esquizofrenia; realizar un seguimiento de los pacientes que intentaron quitarse la vida; fomentar un tratamiento responsable del tema en los medios de comunicación; y capacitar a los profesionales de la atención primaria de salud para la detección y manejo del comportamiento suicida (OMS/OPS, 2013).

Magnitud del suicidio en el mundo (OMS/OPS, 2013)

- Casi un millón de personas en el mundo mueren por suicidio cada año.
- 250 mil suicidios anuales son de adolescentes y jóvenes menores de 25 años.
- 3,000 personas se suicidan por día.
- 20 personas intentan suicidarse por cada una que lo con-

sigue.

Magnitud del suicidio en América (OMS/OPS, 2013)

- Más de 60 mil personas se suicidan cada año en América.
- El suicidio ocupa el lugar número 20 entre todas las causas de mortalidad en América.
- Entre los 10 y los 24 años de edad ocupa el tercer lugar.
- La mortalidad por suicidio es cuatro veces mayor en los hombres que en las mujeres
- La tasa de mortalidad por suicidio en el quinquenio 2005-2009 fue 7.4 muertes por suicidio por 100,000 habitantes.
- Las mayores tasas de suicidio están en las personas entre los 45 y 59 años (12 muertes por 100.000 habitantes) y en los mayores de 60 años (10.6 muertes por 100,000 habitantes) (OMS/OPS, 2013).

Magnitud en México (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2013)

En México, de acuerdo con el INEGI, en el último informe publicado en 2013, informa que ocurrieron 5,718 muertes por suicidio, de estos 81% ocurrieron en hombres; casi la mitad en solteros (44%); en casi dos terceras partes con escolaridad de primaria y secundaria (67%); casi una tercera parte sin trabajo (29%); y *mayoritariamente en jóvenes y adultos jóvenes: entre 15 y 24 años (31%) y entre 24 a 34 años (22%)* y con otro pico de 45 y más años (24%). En el grupo de 20 a 24 años de edad, el 79.6% de los suicidios ocurrieron en hombres. El medio de suicidio más empleado en la población total fue el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación con 4,406 muertes (77%), seguidos de disparo de arma con 596 caso (10%), y por envenenamiento con 523 casos (9%).

Jalisco en el año 2011 ocupó el segundo lugar por frecuencia en suicidios con 453 casos, sólo superado por el Estado de México con 600 casos y con mayor incidencia que en el Distrito Federal con 413 casos. Se observaron similares tendencias con respecto a la situación nacional: el 76% de los casos ocurrieron en hombres; casi la mitad en solteros 46%; casi dos terceras partes con escolaridad primaria: 163 (36%) y secundaria con 160 casos (35%); una tercera parte, sin trabajo (30%); y mayoritariamente en jóvenes y adultos jóvenes: entre 15 y 24 años (28%) y entre 25 a 34 años (28%) y con otro pico de 45 y más años (24%). En el grupo de 25 a 34 años, el 77% de los suicidios ocurrieron en hombres. El medio de suicidio más empleado en la población fue el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación con 325 casos (71%), seguidos de envenenamiento con 67 casos (15%) y por disparo de arma con 55 casos (12%).

Entre otros factores de riesgo asociados al suicidio en adolescentes para el desarrollo de una conducta suicida es la presencia de depresión, consumo de alcohol, drogas y un aspecto relevante podría ser la desesperanza para seguir viviendo (Garlow, Rosenberg, Moore, Haas, Koestner, Hendin y Nemeroff, 2008).

La determinación del comportamiento suicida en estudiantes de la carrera de Enfermería del Centro Universitario de Ciencias de la Salud [CUCS] de la Universidad de Guadalajara [U de G], es esencial para elaborar y sustentar una propuesta que permita identificar, entender y explicar los factores que pueden prevenir, propiciar o evitar el in-

tento o ejecución de un suicidio en una población tradicionalmente vulnerable a exposiciones externas e internas. Desde la perspectiva del desarrollo humano (Lafarga J, 1992), el fenómeno del suicidio podría ser explicado mediante una participación multidisciplinar y por el principio que considera que todo ser humano es capaz de promover su crecimiento; considera a la persona de manera integral y al mismo tiempo explica los mecanismos básicos para promover los valores como una responsabilidad individual y colectiva. Lo anterior lo podemos comparar con lo que ocurre con un mecanismo fisiopatológico en una enfermedad específica, sitúa al desarrollo humano como una herramienta fundamental del crecimiento y prevención del suicidio.

Es importante mencionar que no existe un registro de suicidio propio de la U de G y por tanto no se puede evidenciar la magnitud del problema en los estudiantes. Aunque, aún no se han documentado con una investigación rigurosa los factores de riesgo, ni de la frecuencia del suicidio en estudiantes de la U de G, datos empíricos muestran que los estudiantes (generalmente adolescentes) constituyen una población vulnerable y están expuestos a diversos factores de riesgo: drogadicción, tabaquismo y abuso de alcohol, ambiente escolar, falta de apoyo escolar, presencia de Bulling, inadecuado manejo de emociones, relaciones de pareja disfuncionales en el enamoramiento, embarazo no deseado, disfunción y falta de apoyo familiar, entre otros (Garlow, 2008). Determinar cómo construyen su sentido de vida, los factores de riesgo y de protección en esta población, constituye una herramienta esencial para establecer estrategias para la prevención y manejo de los sujetos con riesgo de suicidio.

La identificación de los factores de riesgo en estudiantes de enfermería podría ayudar a encontrar sentido a la vida desde edades tempranas, siendo fundamental para iniciar procesos donde se puedan identificar redes de apoyo sociales, instituciones de salud, grupos de autoayuda, recursos comunitarios y ayuda profesional para modificar conductas y factores de riesgo para fortalecer sus relaciones interpersonales y familiares que den un sentido al transcurso de su vida.

El objetivo general es determinar los factores de riesgo asociados al comportamiento suicida en estudiantes de la carrera de Enfermería del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Y los objetivos específicos, Determinar los factores de riesgo asociados al comportamiento suicida con base en la presencia de historia personal de intento suicida o sin historia de intento suicida.

Comparar las características generales por grupos, de acuerdo con la historia personal de intento suicida o sin historia de intento suicida.

En el transitar de la nada a la vida y después a la nada, sólo se interpone un instante individual, quizá el instante más largo e íntimo de la persona en su vida, es el instante de la muerte conduce a la nada, a la no existencia. Este fenómeno sólo encuentra explicaciones "*satisfactorias*" en el contexto de la religión, después se remite a un problema esencialmente serio, el suicidio: juzgar si la vida vale o no vale la pena vivirla.

A lo largo de la historia de la humanidad se han registrado algunas veces actos evidentes de suicidio y otros no tan evidentes, lo que nos hace reconocerlo como un fenó-

Tabla 1. Características generales de la muestra de acuerdo al perfil de ingreso de las carreras de enfermería

Variable	LE	LEV	EB	EBV
N (%)	1369 (52)	251(10)	925 (35)	79 (3)
Edad (años)	23 ± 5 ^{f†}	24 ±4 ^{f†}	22±4* ^{f†}	25±5* ^{f†}
Sexo, N (%)				
Femenino	1032 (75)*	202(80)	770 (83)	63 (80)
Lugar de origen, N (%)				
Guadalajara, Jal.	1071 (78)*	208(83)	764 (83)	70 (88)
Zapopan, Jal	95 (7)	9 (4)	49 (5)	3 (4)
Tlaquepaque, Jal.	50 (4)	4 (1)	31 (3)	0
Tonalá, Jal.	56 (4)	4 (1)	27 (3)	1 (1)
Otros	97 (7)	26 (11)	54 (6)	5 (7)
Grado de escolaridad				
1er. Semestre	198 (14)*	*****	157 (17)	*****
2do. Semestre	157 (11)		143 (15)	
3er. Semestre	165 (12)		150 (16)	
4to. Semestre	136 (10)		121 (13)	
5to. Semestre	129 (9)		120 (13)	
6to. Semestre	133 (10)		125 (13)	
7mo.Semestre	149 (11)		0	
8avo. Semestre	135 (11)		0	
Prestadoras de SS	167 (13)		109 (12)	

Abreviaturas: LE: Licenciatura en enfermería; LEV: Licenciatura en enfermería virtual; EB: Enfermería básica; EBV: Enfermería básica virtual; SS: servicio social

meno humano y universal que ha estado presente en la historia de la humanidad. La historia recuerda a grandes personajes que cometieron suicidio como: Van Gogh, Ernest Hemingway, Robert Schumann, Cesare Pavese, Edgar Allan Poe, Virginia Woolf, Manuel Acuña y Jaime Mario Emilio Torres Bodet que en su nota póstuma escribiera: *“He llegado a un instante en que no puedo, a fuerza de enfermedades, seguir fingiendo que vivo. A esperar día a día la muerte, prefiero convocarla y hacerlo a tiempo...”* (Gamboa H,1998).

Ellos tuvieron en común el acto final de quitarse la vida; cada uno con su historia y todos ellos con diferentes interpretaciones del contexto, del tiempo y la cultura. Como muchos aspectos de la conducta humana, la valoración del suicidio ha evolucionado y tocado los extremos del péndulo; ha transitado de la admiración al repudio, de la valentía a la cobardía, de ser considerado un acto de libertad a un estado de alienación, del elogio a la condena; sin embargo, los argumentos a favor o en contra del mismo, se retiran y retornan a lo largo de los siglos; actitudes sociales que se evidencian en el devenir histórico.

El suicidio en el Oriente se consideró durante siglos un acto elogiado, en el que se recuerda el episodio de suicidio masivo de los filósofos seguidores de Confucio, tras quemados sus libros sagrados en la China gobernada por el emperador Chi-Koang-Ti.

En la India, la viuda hindú se arrojaba a la pira funeraria de su marido, práctica conocida como *suttee*; los libros

sagrados hindúes describen diversas formas de quitarse la vida voluntariamente.

En Grecia los filósofos cínicos, estoicos, epicúreos y cirineos enseñaban que la vida y la muerte eran indiferentes; en especial la escuela estoica puso énfasis en el carácter deliberado y reflexivo de un acto que se inscribe en la problemática de la libertad humana, por lo que la muerte no es más que un pasaje o un fin, no posee ninguna realidad en sí misma y, según las circunstancias debe preferirse a la esclavitud, a la ruina o al deshonor. Anaxágoras, Pericles, Sócrates, Zenón, Diógenes, Demóstenes etc. fueron griegos ilustres que cometieron suicidio.

En Roma, al Senado se atribuía el derecho de permitir o no el suicidio, si los argumentos de petición de muerte voluntaria eran *“suficientes y adecuados”* lo autorizaba, en caso contrario negaba la sepultura a quienes lo hacían injustificadamente, destruyendo su testamento y confiscando sus bienes; situación diferente de los esclavos, ya que no eran dueños de su vida y, si alguno se suicidaba después de haber sido adquirido, el dueño anterior recuperaba el importe de la venta.

Los celtas en Europa elogiaban sobremanera el suicidio, después de haber vivido y que las fuerzas disminuían, desdeñaban conocer la vejez, ya que su destino estaba en sus manos. En tanto los Godos consideraban que quienes morían de muerte natural estaban destinados a pudrirse eternamente en antros llenos de animales ponzoñosos, por lo que el viejo, cansado de la vida, se dirigía a la *“roca de*

los abuelos” y desde ahí se precipitaba al vacío.

El Occidente recibe como muchas otras ideas la influencia de Grecia y del cristianismo, este último en los primeros siglos de su existencia lo aceptaba y posteriormente asume una actitud de rechazo, que culmina con San Agustín al sentenciar que cualquier forma de suicidio es contra la ley natural y por lo tanto un homicidio. Santo Tomás de Aquino en el siglo XIII, objeta el suicidio al decir que es un pecado mortal contra Dios; porque no se puede disponer de sí mismo, porque no se pertenece a sí mismo y, en segundo lugar, porque el hombre en cuanto criatura de Dios no es libre de decidir sobre su vida y su muerte.

El cristianismo centra su concepto de suicidio sobre la equiparación de homicidio y por lo tanto el castigo será siempre el complemento desde la negación de sepultura en el “*campo santo*” hasta la exhumación, exhibición y castigo del suicida.

Desde el punto de vista histórico, la filosofía pagana y la del cristianismo primitivo se solapan y resulta evidente que las coincidencias y las diferencias entre ambas culturas son complejas en el sentido de que, tanto la cultura grecorromana como en la judeocristiana la muerte confería significado a la vida, (Brown, 2001).

Sobre la década de los sesentas cobra relevancia la filosofía existencialista de A Camus (Camus A, 1981) y el humanismo de Sartre (Sartre JP, 1990), ellos postulan que el hombre ha de tomar decisiones sin tener en cuenta valores preestablecidos, se resisten a la idea del suicidio como respuesta a la eterna cuestión de si valía la pena vivir la vida. Camus encuentra su justificación en el *mito de Sisifo* y justificaba la vida diciendo que lo absurdo era rechazar el suicidio; “*escapa al suicidio hasta el punto de ser al mismo tiempo conciencia y rechazo de la muerte*”. Ser o no ser.

Los franceses y los ingleses fueron los más despiadados al sentenciar el cadáver de un suicida. En Europa se inició la despenalización en el siglo XX y en 1961 la ley del Suicidio eliminó los cargos y restricciones impuestas a la muerte por suicidio en Inglaterra. Para mediados del mismo siglo la autoagresión, el suicidio y el parasuicidio se interpreta como una petición de ayuda por considerar que en muchos casos son la resultante o están asociadas a situaciones clínicas.

Para finales del siglo XX los suicidios pasan de un acto individual a actos colectivos (diferentes cualitativamente a los realizados en la antigüedad); Elderly (2000) describe que el 18 de noviembre de 1978, mueren 914 personas junto con su líder el Rev. Jim Jones en Jonestown, Guyana, al ingerir cianuro de potasio disuelto en refresco. El 13 de diciembre de 1990 se suicidan 12 personas durante un culto religioso en Tijuana, B.C. México; en 1993, David Koresh, dirigente de los davidianos se autoinmola junto con más de 80 de sus seguidores; en 1994 la sociedad esotérica de la *orden del templo solar*, efectuó junto con sus seguidores suicidio diferidos en Suiza y Canadá; en 1997 se registra el suicidio colectivo de 39 seguidores de *Haven's Gate* en el Rancho de Santa Fe EEUU entre otros tantos más.

Es evidente que el suicidio no es un acto nuevo, ha evolucionado con el hombre y sin embargo aún presenta dificultades tanto en su definición conceptual como en la elaboración de un modelo capaz de explicarlo. Las concep-

ciones erróneas que la gente tiene sobre el suicidio dificultan más el abordaje científico, por lo que es necesario hacer algunas precisiones conceptuales antes de exponer una visión general sobre el tema.

La aplicación del término a conductas diversas y las múltiples consideraciones sobre el suicidio sólo han contribuido al incremento de la dispersión conceptual. Shneidman (1973) expone algunas dificultades que giran en torno al suicidio. La primera se refiere al hecho de que la palabra “*suicida*” se aplica indistintamente a la persona que ha cometido, intentado y pensado en el suicidio. La segunda confusión se relaciona con la temporalidad de acto y se aplica el concepto de “*suicida*” para designar tanto a una persona que cometió suicidio en el pasado, como para definir a una persona que en el momento presente comete un acto suicida. La tercera confusión se relaciona con el propósito, es decir, la intención del acto.

El término suicidio y suicida es relativamente nuevo (Clemente y González 1996), algunas fuentes lo ubican en Gran Bretaña en el siglo XVII, otras en Francia en el siglo XVIII, tradicionalmente se ha defendido que la palabra tuvo su origen en el abate Prévost en 1734, de quien la retomó el abate Desfontaines 1737 y Voltaire y los enciclopedistas.

La academia francesa de la lengua la incluyó en 1762 como “*el acto del que se mata a sí mismo*” y el Diccionario de la Real Academia Española en la quinta edición publicada en 1817 con una etimología latina paralela a la de homicida, *Sui* (de sí mismo) y *Cadere* (matar) “*Dícese del acto o de la conducta que daña o destruye al propio agente*”.

Esta concepción de suicidio como acto voluntario de matarse a sí mismo presupone por parte del suicida una concepción de la muerte y la combinación consciente del deseo de muerte con la acción para llevar a cabo este deseo. En este abanico de conductas tipificadas como “*suicidas*” se incluyen también aquellas que no concluyen con la muerte y que son provocadas voluntariamente por el sujeto. Estas conductas son conocidas como tentativas suicidas, amenazas y pensamientos suicidas. En este sentido se aplica el concepto tanto a la persona que amenaza con suicidarse como a la persona que piensa en ello.

Algunos autores como Pokorny (1986) proponen el término “*suicidio consumado*” para la muerte por suicidio y “*conducta suicida*” para una serie de términos relacionados como tentativa suicida, ideación suicida, amenaza, etc. En tanto que autores como Van Egmond y Diekstra (1989) en: Villardón GL, (1993) se adhieren al concepto de “Parasuicidio” acuñado por Kreitman en 1969 citado en: (Sarró, 1984) al considerar que el suicidio posee una intencionalidad de morir que no tienen todas las conductas auto-destructivas, y por lo tanto el parasuicidio supone un comportamiento autolesivo para el sujeto, pero conscientemente no mortal, en tanto que el intento de suicidio es entendido como un suicidio fallido. En este sentido el parasuicidio es equivalente al concepto de “*gesto suicida*” que utilizan otros teóricos.

En 1980 Farberow acuña los conceptos de Conducta Autodestructiva directa (CAD) y Conducta Autodestructiva Indirecta (CAI) en la primera aglutina todas aquellas que suponen una conducta autolítica consciente e intencionada, se busque o no la muerte. Las CAI integrarían todas las conductas que Shneidman (1985) clasificó como “*sub-*

Variable	CON HIS	SIN HIS	P
¿En el último año mis padres se separaron o divorciaron?	213 (43)	394 (19)	<0.0001
¿En algún momento de mi vida, he intentado hacerme daño?	291 (57)	567 (28)	<0.0001
¿He sufrido abuso sexual?	237 (46)	427(21)	<0.0001
¿En mi familia hemos sufrido violencia doméstica?	259 (54)	427(21)	<0.0001
¿Algún miembro de mi familia ha intentado matarse o se ha suicidado?	226 (47)	225 (16)	<0.0001
¿Un amigo o amiga se ha suicidado?	200 (42)	273 (13)	<0.0001
¿He pensado en matarme?	275 (58)	426 (21)	<0.0001
¿Me han tenido que atender u hospitalizar por problemas psicológicos?	257 (50)	372 (18)	<0.0001

Abreviaturas: CON HIS: con historia personal de intento de suicidio; SIN HIS: sin historia personal de intento de suicidio

intencionadas” para identificar aquellas muertes en las que el sujeto inconscientemente influye para acelerar su muerte. Con la clasificación del CAI no sólo se intenta dar respuesta a trastornos como la anorexia, la conducta de interrumpir la medicación prescrita en una enfermedad, la drogodependencia, o la alcoholemia, también deportes que implican riesgos, el consumo de tabaco y algunas otras prácticas de la vida cotidiana.

Se diferencian de las CAD en dos cosas fundamentalmente: en la temporalidad de la conducta y en la falta de conciencia de los efectos autodestructivos a nivel consciente en las CAI, en las que además existe una racionalización, su comienzo es gradual, aunque la muerte aparezca bruscamente, es raro la posibilidad del diálogo en tanto que en la CAD aparece como demanda de ayuda.

Los intentos por clasificar la conducta suicida han sido variados y numerosos, cada clasificación se basa en aspectos distintos, la dificultad principal podría estar en dos aspectos: la primera por las múltiples disciplinas que han abordado el problema del suicidio, entre las que se puede enumerar el sociológico, el antropológico, el psicológico, el filosófico, el médico, etc. Y segundo la diversidad teórica conceptual como se aborda desde una misma disciplina.

Estas diversas formas de clasificar la conducta suicida se pueden agrupar de acuerdo con Ellis (1988) en: la dimensión descriptiva, la dimensión situacional, la categoría psicológico-conductual y la teleológica. Y, para conocer más objetivamente un acto suicida hay que tener en cuenta los aspectos de letalidad, certeza, intencionalidad, circunstancias atenuantes y método lesivo utilizado (Pokorny, 1986). Sin embargo, considero que cada acto suicida es un acto único que tiene su historia y sólo se entiende y explica desde el acto y el actor mismo.

Por razones prácticas a lo largo del texto e independientemente de hacer en su momento la definición conceptual referida a variable, se utilizará el término de “conducta suicida” para una denominación general incluyente; y en situaciones necesarias del uso del concepto específico, utilizaré “suicidio” para indicar suicidio consumado, “tentativa suicida” para hacer referencia al acto fallido independientemente de la causa o forma, “conducta parasuicida” a toda la conducta sin la intencionalidad consciente de provocarse la muerte.

Enfoque humanista de la conducta suicida en el adolescente

“El hombre se revela como un ser en busca de sentido, el no hallarlo es el origen de muchos ma-

les de nuestra época.”. Frankl Viktor, 1946

El enfoque humanista-existencial dentro de la psicología representa una “tercera fuerza” (Maslow, 1968), visto por muchos autores como una teoría más apegada a la naturaleza filosófica, por tratar entre sus líneas los valores, la naturaleza de la condición humana, condenar el uso de etiquetas diagnósticas, por ser vistas como objetables, que sólo sirven como encasillamiento del ser humano y obturan la relación terapéutica, además de preferir un punto de vista holístico de la persona.

Fue establecida como una nueva perspectiva que combatiera las tendencias deterministas del conductismo y la vista psíquica fragmentaria del psicoanálisis. Inició como una red informal de psicólogos que intercambiaban documentos mimeografiados, encabezados por Abraham Maslow, presentaban ideas que generaban discordia entre las publicaciones psicológicas establecidas (DeCarvalho, 1990). Varios de esos humanistas sostuvieron su primera reunión en 1957 y se organizaron formalmente en 1961, instaurando así, la organización que hoy en día es nombrada como Asociación de la Psicología Humanista.

Los primeros psicólogos autonombrados humanistas tenían una cercana afinidad con Alfred Adler discípulo freudiano, pues dos de sus más renombrados miembros: Carl Rogers y Abraham Maslow, recibieron de él sus enseñanzas, lo que llevó a ambos a reconocer la influencia de Adler en sus ideas. Lo que más trascendió en los humanistas de las enseñanzas adlerianas fue el énfasis en el holismo, la elección, las intenciones y la experiencia subjetiva del individuo.

La teoría humanista afirma que nos impulsa una motivación positiva y que avanzamos hacia niveles superiores de funcionamiento, es decir; que la existencia humana no se limita tan sólo a resolver conflictos latentes, sostiene que las realidades personales son productos de experiencias y perfecciones únicas, además, el cosmos subjetivo de un individuo es más importante que los eventos por sí mismos, por lo que para entender por qué las personas se comportan como lo hacen, los humanistas deben reconstruir el mundo desde los ojos del individuo.

Los psicólogos de este enfoque creen que la vida es un proceso de abrirnos a un ambiente circundante, un contexto de motivaciones, que otorgan la alegría de existir. Ponen gran énfasis en el potencial de crecimiento y de cambio, así como la manera de experimentar la subjetividad de la vida como regalo de un tiempo presente, en lugar de los sentimientos que están sujetos a un pasado distante, se centran en aspectos “superiores”, más avanzados y sanos

de la experiencia humana y su desarrollo; entre ellos se encuentran la creatividad y la tolerancia.

De acuerdo con la perspectiva humanista el sujeto necesita darse cuenta de que es responsable de sus propias acciones, que no puede encontrar su identidad en otros y que su vida no está escrita por la mano de un destino supremo. Por último y en términos generales, afirman que, en condiciones razonables, el ser humano se conducirá por el camino deseable.

Es así como el humanismo se une al crecimiento personal en potencializar las habilidades innatas de los individuos, desbloqueando e impulsando los mecanismos de progreso y el desarrollo humano, lo que “puede significar también un estilo de vida caracterizado por la empatía y la honradez en las relaciones interpersonales, o bien el cuidado por la vida y la ecología en toda su amplitud, o la apertura a la trascendencia, es decir, al reconocimiento de realidades inalcanzable por la ciencia o la filosofía” (Lafarga, 2013).

Teóricos Humanistas, un encuentro actual del adolescente con el suicidio.

“El símbolo del suicidio como una posibilidad tiene implicancias positivas de largo alcance. Nietzsche dijo una vez que el pensamiento del suicidio ha salvado muchas vidas. Yo dudo que nadie tome su vida con total seriedad a menos que se dé cuenta que dentro de sí mismo yace el poder de cometer suicidio”. May Rollo, 1980

Uno de los principales representantes del humanismo, Carl Rogers sostuvo que el hombre y la mujer desarrollan su personalidad en torno a metas positivas; todo organismo nace con ciertas capacidades y potencialidades innatas, “una especie de proyecto genético al que agrega sustancia a medida que avanza la vida” (Maddi, 1989). La meta de la existencia humana es potencializar sus habilidades para convertirse en lo mejor que está intrínsecamente capacitado. Tendencia a la realización es el nombre que Rogers da a este impulso biológico; afirma que es una predisposición que caracteriza a todos los organismos.

De igual manera señaló que el hombre forma a su vez imágenes de sí mismo, autoconceptos. De esta manera, al mismo tiempo que el hombre trata de alcanzar el potencial biológico innato, también trata de satisfacer el autoconcepto; conciencia de lo que somos y de lo que queremos ser (tendencia a la autorrealización), por ejemplo, si un individuo se considera atlético e inteligente, luchará por corresponder con esas imágenes de sí mismo. Cuando el autoconcepto corresponde a las capacidades innatas, llegamos a ser personas con funcionamiento óptimo (persona plena).

Pretendemos convertirnos en personas con funcionamiento óptimo si al crecer recibimos aceptación, somos tratados con calidez, respeto y amor. Pero con frecuencia las personas en las que confiamos aprecian y aceptan sólo algunas de nuestras características, siempre y cuando éstas cumplan con algunas de sus condiciones y conductas esperadas, tendiendo a rechazar aquellas que no se ajusten a su percepción, por lo que no debemos sorprendernos que una respuesta en la búsqueda de la aceptación, sea la tendencia a modificar el autoconcepto para de esta manera alcanzarla, provocando una discordancia en el individuo entre su impulso biológico y su autoconcepto, dejando a la deriva

el primero.

Cuando perdemos de vista nuestro potencial innato nos volvemos rígidos, inflexibles y nos ponemos a la defensiva; nos sentimos amenazados, sufrimos ansiedad y experimentamos gran malestar e inquietud; como nuestra vida se centra en lo que otros quieren y valoran, es muy difícil que experimentemos una satisfacción total en la vida diaria, lo cual entra dentro de la norma, sin embargo si esto coexiste en una constante, las sensaciones de malestar se ven incrementadas pudiendo aparecer frustración, depresión, enojo y violencia hacia sí mismo a causa de una percepción discrepante con la realidad de los otros.

Rogers creía que si no se comprometiera a las personas con restricciones de la sociedad se les permitiera crecer y desarrollarse con libertad, el resultado sería personas completamente funcionales o plenas, es decir que el desarrollo implica cambio y transformación en un proceso evolutivo: “Proceso de crecimiento personal de los individuos, los grupos y la sociedad, motivada por la tendencia al crecimiento que se manifiesta en todos los organismos vivos” (Lafarga, 2013).

Sin embargo, como ya hemos puntualizado anteriormente, la sociedad impone condiciones de valor a sus miembros, encadena al humano en la frustración génesis de un autoconcepto inalcanzable y necesidades que no se logran satisfacerse, estándares por los cuales las personas se sienten aceptadas y determinan si tienen valía o no (Rogers le llama a esta condición “consideración positiva condicional”).

Estos estándares son transmitidos por las personas significativas (padres, compañeros, amigos, conyugue). Es así que el autoconcepto de un adolescente sólo se define como valioso cuando otros lo aprueban. Pero esta dependencia de otros obliga al adolescente a desarrollar un autoconcepto distorsionado que es inconsistente con su potencial innato, inhibiéndolo del proceso para convertirse en un individuo con funcionamiento óptimo: actualizado.

Este estado de incongruencia puede ser apoyo para la raíz de pensamientos suicidas, puesto que, al no lograr conciliar estas dos estructuras psíquicas dentro del ser humano, el malestar puede provocar que el adolescente quiera salir de una realidad donde no embona su ser en el ser que otros quieren o creen que es, perdiendo identidad, pues no es quien es, por ser el ser que vale para los demás, sin ser él, ese ser. Auto respondiéndose en un tiempo mismo, a la pregunta de quién soy, no soy nada, expresando la poca valía de su ser y autoagresividad, generada por esa frustración infundada en un vago autoconcepto de su no ser.

Siguiendo por la línea, otro elemento importante que debemos mencionar respecto al suicidio, es la búsqueda de sentido, esa “voluntad que posee un evidente valor de supervivencia” (Frankl V, 1946). En ocasiones se ha pasado por alto que si una persona encuentra el sentido que buscaba está preparada para sufrir, a ofrecer sacrificios e, incluso si ello es preciso, a dar su vida. Por el contrario, si tal sentido no existe, será proclive a quitarse la vida y se hallará dispuesto aun cuando sus necesidades, en todos los aspectos, se encuentren satisfechas.

Lo anterior lo corrobora, primeramente, una investigación realizada en una universidad americana en donde fueron reconocidos 60 estudiantes que habían intentado suicidarse, un 85 por ciento dijeron que lo que les había inducido al suicidio era que “la vida les parecía carente de senti-

do". Pero lo más importante, sin embargo, radicaba en que un 93 por ciento de estos estudiantes, que presentaban una aparente carencia de sentido en sus vidas desarrollaban actividades sociales, se desenvolvían en sus estudios y mantenían excelentes relaciones con sus familias. Lo que nos lleva al cuestionamiento de los adolescentes, que consiste en que, una vez apaciguada la lucha de la supervivencia, es decir, una vez que las necesidades elementales han sido satisfechas, surge: ¿sobrevivir para qué?

De igual manera una investigación llevada por S. Kratochvil e I. Planova, del Departamento de Psicología de la Universidad de Bruno, Checoslovaquia, ha demostrado que, "en la voluntad de sentido se trata realmente de una necesidad específica, no reducible a otras necesidades, y está presente en grado mayor o menor en todos los seres humanos. La existencia de la frustración de esta necesidad ha sido también demostrada mediante un material consistente en casos de pacientes neuróticos y depresivos. En algunos casos la frustración de la voluntad de sentido desempeñó un importante papel como factor etiológico en el origen de la neurosis o de la tentativa de suicidio" (Frankl V, 1946).

"El hombre que considera su vida como falta de sentido no solamente es desdichado, si no difícilmente apto para la vida" Einstein, 2007

Es fácil observar la carencia de sentido hacia la vida que demuestran los jóvenes actualmente, el ver que la vida vale la pena es un factor que incrementa el deseo de seguir viviendo, aun y cuando es algo propiamente humano preguntar por el sentido de la vida e incluso si tal sentido se encuentra a nuestro alcance, este deberá mantenerse aunque sobrevenga la muerte y se pose en nuestra visión, puesto que cuando el sentido se ha perdido carecerá de interés agregarle años de persecución a una actividad absurda, o bien como sostiene Robert Jay Lifton "*los hombres parecen ser más propensos a matar cuando se sienten dominados por la ausencia de sentido*", terminar con una vida aun cuando esa vida me pertenezca, pues el ser humano al observarse en el vacío existencial de la carencia de sentido prospera como agua de un manantial, la "*destruido*" agresiva.

Podemos concebir que Juan Lafarga está en correspondencia con esta premisa pues para él la agresividad es manifestada como la reacción refleja de un organismo a la frustración de las necesidades que se orientan al crecimiento del mismo, a lo que Maslow dirige su atención en la jerarquía de las necesidades establecidas: "*se ha de lograr en primer lugar un estándar de vida satisfactoria y tan solo entonces se puede abordar la tarea de hallar una finalidad y un sentido a la vida*" (Maslow, 1968); puesto que él creía que el ser humano se desarrolla a través de varios niveles, hacia su potencial completo. Unos cuantos alcanzan el nivel más alto del desarrollo y se le llama autorrealizados. No obstante, la mayoría se detiene a un nivel inferior a lo largo del camino.

Esta tendencia inherente del individuo por esforzarse a lograr la realización del propio potencial total, esa predisposición es a lo que él denomina "Actualización del sí mismo" (Maslow, 1968). Retardar la satisfacción de las necesidades o dejar algunas de ellas insatisfechas a favor de la satisfacción de otras será siempre buscando sentirse bien o

mejor consigo mismo a otro nivel. Esta necesidad de sentirse bien consigo mismo nos acompaña siempre, insaciable se aferra a nosotros en nuestro andar y termina sólo con la muerte. Es nuestro motivador básico y el impulso de todas las conductas y comportamientos humanos.

Manifiesta tanto la conducta constructiva como la destructiva en cada persona dentro de su contexto. "En efecto, el psicópata y el neurótico, el que se destruye a sí mismo y a los demás, no lo hacen por sentirse mal, sino bien con ellos mismos. Es así que cuando el suicida comete la acción de privarse del mayor bien (la vida), lo hace por sentirse bien, no por sentirse mal" (Lafarga, 2013). El amor hacia uno mismo es el que nos mueve a satisfacer la necesidad de sentirnos bien, no obstante, en este punto debemos distinguir entre dos tipos de amor, el amor saludable que está sinergizado con el desarrollo humano que se manifiesta en el gozar de la vida, conocer más, tener más y mejores amigos, formar una familia, terminar una carrera, procurar mayor salud, la felicidad para uno mismo y para los demás. En cambio, el narcisismo y el egoísmo, que es el segundo tipo de amor, no benefician, al contrario, destruye y hace daño.

Los sentimientos son el medio por el cual se da expresión a las necesidades. "Son reflejos, es decir, automáticos, y por ello no pueden ser categorizados como buenos o malos. Se dividen en dos categorías. Los satisfactorios o placenteros y los insatisfactorios o dolorosos. Los primeros indican satisfacción de las necesidades que genera bienestar salud y crecimiento. Los segundos, al contrario, indican malestar, disfuncionalidad y retroceso", (Lafarga, 2013). La vivencia de estos últimos es de frustración, que a su vez da origen en forma refleja o automática a la agresividad que se manifiesta como irritación, coraje, disgusto y furia.

Las necesidades destructivas o negativas son producto de un manejo inadecuado de la energía vital, la agresividad, que tiene como función impulsar la satisfacción de las necesidades frustradas. De esta forma frustración y agresividad pueden tomarse como factores que orientan al individuo hacia el crecimiento, pues es la agresividad la que dota al ser humano del uso de la inteligencia, la imaginación y la creatividad al servicio de la satisfacción de las necesidades frustradas, "es una energía biopsicológica que ante el obstáculo tiene como función natural encontrar un camino para el crecimiento y desarrollo" (Lafarga, 2013).

Sin embargo, en condiciones desfavorables, la agresividad se torna en violencia contra los demás o contra uno mismo. Cuando las condiciones imposibilitan la satisfacción de necesidades y la agresividad es desencadenada por la frustración prolongada, el individuo se vuelve violento y destructivo, imposibilitado de canalizar estos sentimientos, impedido de sentirse satisfecho, saludable, en bienestar, cuando a pesar de todos sus esfuerzos no consigue envolverse en el amor, aprende a odiar.

Su cierre de flujo agresivo de crecimiento, es decir, una inadecuada canalización de la agresividad, aunado a interacciones sociales en las que se culpa por no obtener consideración positiva condicional, el humano aprende a ser agresivo consigo mismo, observándose como el objeto obturador de satisfacción, como aquel ente de frustración, llegando a aborrecerse. Cuando las frustraciones persisten y la agresividad se va acumulando, el peligro de la violencia nos da la cara amenazando nuestro equilibrio, volviéndose hostil pues la frustración incrementa su tamaño, pro-

Tabla 3. Comparación de los factores de riesgo modificables en el comportamiento suicida

Variable	CON HIS	SIN HIS	P
¿En los últimos 6 meses he consumido drogas (marihuana, cocaína, crack u otras)?	226 (44)	415 (20)	<0.0001
¿En los últimos 6 meses he consumido bebidas alcohólicas?	249 (49)	659 (32)	<0.0001
¿En mi familia con frecuencia hay conflictos y peleas?	279 (55)	711 (35)	<0.0001
¿En mi casa a menudo me castigan golpeándome?	202 (42)	206 (10)	<0.0001
¿Cuento con el apoyo de mi familia?	248 (52)	1528 (76)	<0.0001
¿A menudo me siento muy presionado y con demasiada responsabilidad?	338 (66)	1031 (51)	<0.0001
¿Constantemente fracaso en mis estudios?	193 (40)	404 (20)	<0.0001
¿Me han expulsado del colegio?	206 (43)	237 (12)	<0.0001
¿A menudo participo en peleas a golpes?	325 (63)	274 (13)	<0.0001
¿He tenido conflictos con la policía?	218 (43)	415 (20)	<0.0001
¿Tengo amigos con quien apoyarme?	260 (51)	1690 (89)	<0.0001

longan la agonía, y no encuentran río que desemboque a la agresividad en el crecimiento humano hacia la satisfacción de las necesidades frustradas, mutando así en un arma de destrucción que en alguna forma se vuelve contra sí mismo.

“Las necesidades sociales tienen que ver con la característica de la propia identidad que mejor nos describen o nos delimitan” (Lafarga, 2013). Estas son las necesidades de sentirse propio a diferentes grupos, desde el natural de la familia, el de la escuela, el club y el grupo de amistades. La necesidad de pertenecer, ese deseo de sentirse auténtico junto a un grupo, lleva a la persona a relacionarse con sus semejantes en diferentes niveles. Las formas de pertenencia introyectadas son la esencia de los rasgos de la propia identidad, un elemento fundamental, sobre el cual ya hemos descrito párrafos arriba, esa identidad que el adolescente desarrolla como factor de doble intención, donde por un lado está el deseo de encontrarse consigo mismo y busca constantemente algo que le haga pasar por ente diferente, y por otro lado, sentir que en el contexto de sus relaciones se interiorice como ser querido, sentir que es acogido en los cálidos brazos de un grupo al cual se siente perteneciente.

De esta incesante búsqueda en el mar de la identidad, desprendemos lo dicho por Erik Erikson, (1950): en esta edad de la adolescencia es cuando el ser humano desarrolla un fuerte sentido de sí mismo, o queda vagando en el mar de la confusión acerca de su identidad, de su papel en la vida, y su valía, tomando el concepto de identidad como una “concepción coherente del yo, formada por valores y creencias con las cuales la persona está sólidamente comprometida”.

Siendo la principal tarea de la adolescencia el conflicto de la identidad para convertirse en adulto; “la identidad no se estructura tomando de uno y otra gente como modelo, sino que lo modifican, sintetizan identificaciones anteriores y suman sus partes, creando una nueva forma psicológica” (Rogers, 1993), además los adolescentes consideran sus habilidades, necesidades, intereses y deseos de manera que puedan manifestarse en un contexto social.

“Suele ocurrir que nos identificamos tan intensamente con nuestra profesión que al fracasar en ella sentimos que también se nos ha ido la existencia y lo único que queda es el suicidio. Ustedes recordarán cuántas personas se suicidaron en 1929 porque

estaban identificadas con su dinero y sintieron que no valía la pena vivir la vida en cuanto lo perdieron.” Perls, Sueños y existencia

Podemos dar cuenta que el peligro al que se expone en la adolescencia es quedar varado en la confusión de la identidad, siendo esta la aparente conducta caótica del adolescente. Esta transición puede durar un periodo largo hasta la adultez psicológica y la dolorosa autoconciencia de los jóvenes. Este trance mediador entre la niñez y la adultez es donde hace presencia el conflicto de identidad, es este el escenario social del adolescente.

Para Erikson, la identidad se resuelve en la medida que los jóvenes resuelven tres problemas fundamentales: el primero es referido a la elección de una ocupación, el segundo es la adopción de valores “en qué creer y por qué vivir”, y el último da cuenta del desarrollo de una identidad sexual satisfactoria. Cuando los jóvenes tienen dificultades para establecer una identidad ocupacional, cuando sus oportunidades están artificialmente limitadas, no se encuentra la razón de la vida, corren el riesgo de involucrarse en conductas con serias consecuencias negativas como la actividad delictiva, el embarazo temprano o la depresión.

En esta etapa los jóvenes están susceptibles a la búsqueda del sentido de vida fuera de la opinión de sus padres (Erikson, 1982) en donde la auto identificación emerge cuando los jóvenes eligen valores y gente a quienes ser leales, en lugar de limitarse a las elecciones de los padres. Para los adolescentes se vuelve muy importante confiar en ellos mismos. Cuando la confianza en ellos mismos es abandonada, y se quedan caminando en el desolado desierto de la incertidumbre, los deseos de “dejar de existir” ven su nacimiento, ya que el malestar que genera el encontrarse en medio de este camino encuentra su salida en las frías manos del suicidio, no hay algo en qué creer, no tengo por qué vivir. De esta manera retornamos a la voluntad de sentido; mostrándose ante nosotros como un círculo cuyas premisas encierran el sentido de vida, el autoconcepto y la satisfacción de las necesidades.

Podemos hablar de la idea de que el hombre sólo puede tomar tremenda decisión de quitarse la vida con base en una comparativa, poniendo en una balanza su vida entera; dicho balance en ocasiones puede ser negativo, en donde necesariamente haya de considerarse carente de todo significado al seguir viviendo. El trabajo comparativo de la vida

de un hombre se considera muy problemático pues se duda que pueda ser capaz de hacerse con la objetividad necesaria que dicha labor requiere.

De esta manera lo que le interesa al humanismo, específicamente al psicoterapeuta humanista-existencial, es demostrarles a las personas cansadas de vivir, en cada uno de los casos, que la vida tiene siempre un sentido, incondicionalmente un sentido y que el suicidio carece siempre de él; “demostrárselo mediante una crítica inmanente y con argumentos objetivos, es decir, hay que hacerles ver, ante todo, por este camino, que su cansancio de la vida no es más que un sentimiento y que los sentimientos no pueden hacerse pasar nunca por argumentos. A quien muestre intenciones de suicidarse hay que hacerles ver, sobre todo, una y otra vez, que el suicidio no resuelve problema alguno” (Frankl V, 1946), al contrario, todos los motivos que da el pensamiento suicida son manifestaciones explícitas de otra gran razón más profunda y estructurante: el amor a la vida.

Hay que arreglárselas para convencer a estas personas, no sólo de que pueden seguir viviendo sin necesidad de tener aquello de que, por una u otra razón, carecen, sino incluso que deben considerar en buena parte, como el sentido de su propia vida el sobreponerse interiormente a su desventura, fortaleciéndose en ella y mostrándose a la altura de su destino, aun cuando algo falle, que el autoconcepto les pertenece y son un reflejo de sí mismos, no del mundo que los rechaza por su poca habilidad o interés en elementos subjetivos.

Por esto, desde la experiencia humanista en la atención a los suicidas, una cosa es evidente, no funcionan las “explicaciones” para contener el impulso autodestructivo o de falta de sentido; lo que ayuda es la proximidad, la transferencia positiva, que el suicida sienta, que al menos en esos momentos, merece la pena seguir caminando, pues se produce una corriente de “energía positiva”.

Por lo tanto, es necesario crear un clima de comprensión y de argumentos cálidos, para abortar la tendencia al suicidio. Debemos pasar de un tú, y un yo, a un nosotros, que potencie un clima de confianza, seguridad y supere el desfase entre el individuo y su medio. Que la relación que se establece entre terapeuta y paciente suicida sea de desarrollo humano, medio por el cual, a través de una comunicación interpersonal auténtica, se liberen de condicionamientos destructivos. Aun cuando al suicida se le hayan ido las ganas por seguir en esta vida, el aliento continuo de motivación existencial basta con que el humanista quiera darse a sí mismo la libertad de optar y esté dispuesto a crear las condiciones necesarias para que la otra persona use su libre determinación y abra la posibilidad de un conocimiento de sí mismo.

Puesto que “la acción autodestructiva u hostil hacia otras personas es el resultado de una autoestima baja y de un conocimiento propio limitado” (Lafarga, 2013). Estos dos factores, a su vez son producto del amor que buscamos en nuestros semejantes a las expectativas del que nos regala con una sonrisa, un abrazo, una palabra, aceptación, como también de otras carencias ambientales. Sólo se recupera la autoestima y se amplía el autoconocimiento a través de otra relación que suscite y proporcione de una manera sencilla el encuentro amoroso con uno mismo y la opción de recorrer el único sendero, singular e irrepitable, que es el que uno mismo forja.

La comprensión, empatía y la transparencia son los cimientos de la relación interpersonal de crecimiento. Sobre esta base, la actitud positiva incondicional del terapeuta, la manifestación de un afecto no posesivo, ni manipulador y la trascendencia fina que posibilita la experiencia interna del terapeuta instauran el núcleo de la recuperación del que se autodestruye.

El suicida es la persona a la que le han fallado sus mecanismos de búsqueda de identidad, de búsqueda de sentido y esa tendencia a potencializar sus habilidades y no quedar anulado, agotado ante una vida que le parece tormentosa grita como respuesta una situación conflictiva, en donde opta por la autodestrucción. Lo definitivo en el suicidio, no es el factor desencadenante (muerte, separación, pérdida, enfermedad, etc.) sino el desajuste entre ese factor y las posibilidades de integración del individuo.

Este tendrá más capacidad de soportar la adversidad en tanto cuanto, se sienta más arropado por el grupo familiar, social o laboral, teniendo como apoyo aquellas relaciones que desobtoren su desarrollo. A la inversa, cuanto más desintegrado se encuentre su medio social, más posibilidades existen de que el suicidio se contemple como una alternativa favorable y “saludable”.

Factores Asociados al Suicidio en Adolescentes

El enfoque de riesgo epidemiológico hace alusión a una serie de factores y conductas de riesgo que determinan en mayor o menor probabilidad para presentar un evento que atenta contra su salud, la calidad de vida y el desarrollo humano de los adolescentes (Valverde, 2002). La vulnerabilidad se refiere al estado continuo de exposición a factores o conductas de riesgo de un individuo, familia, grupo o comunidad. De acuerdo con este enfoque de riesgo, se debe de entender que los factores de riesgo en el adolescente pueden operar de diferentes formas. Por otra parte, las influencias protectoras pueden provenir de experiencias vividas desde una edad muy temprana. Debido a la complejidad del fenómeno de riesgo suicida, es más práctico centrarse en los mecanismos de las conductas de riesgo como un principio o situación generando de mecanismo protector (Valverde, 2002).

En la conducta suicida, intervienen factores individuales, generacionales, de género y culturales. Según Shaffer (2001), se debe considerar, antes que todo, que los factores de riesgo suicida son individuales, ya que para algunos es un elemento de riesgo, para otros puede no representarlo. También se consideran de carácter generacional, ya que los factores de riesgo en la niñez pueden no serlo en la adolescencia, la adultez o la vejez y por otra parte pueden tener un carácter de género, por ejemplo, ya que la mujer tendrá factores de riesgo en relación a su condición de mujer, que la diferencian de los factores para el hombre. Se considera que los factores de riesgo suicida pueden estar condicionados culturalmente, pues los factores de riesgo suicida de determinadas culturas pueden no serlo para otras.

En un estudio, (Shaffer y col, de 1996), se describe que el factor de riesgo más significativo en mujeres fue la presencia de depresión mayor, la cual, en algunos estudios, incrementa el riesgo de suicidio en 20 veces y el siguiente factor de riesgo más importante es un intento de suicidio previo. Mientras que, para el hombre, un intento de suicidio previo es el predictor más importante, incrementando

la tasa más de 30 veces, seguido por depresión, abuso de sustancias (alcohol o drogas) y comportamiento destructivo.

En otro estudio, (Mann y Stanley, 1986), muestran que la incidencia del suicidio varía en los diferentes trastornos mentales: 20% en los bipolares, 15% en alcohólicos, 15% en la depresión unipolar o recurrente y de un 10 a 13% en la esquizofrenia. Otros factores, como los trastornos mentales ocasionan el mayor número de intentos y suicidios consumados, sin embargo, los estudios clínicos revelan que en muchos casos es, la impulsividad y el pesimismo los factores que están fuertemente ligados a la conducta suicida, de ahí los casos de suicidio en enfermos con patología mental. Estos factores también estarían relacionados con otras entidades como los trastornos de personalidad, el abuso de sustancias psicoactivas y la vulnerabilidad neurobiológica.

El comportamiento suicida puede ser originado con la interacción de los siguientes factores.

- Biológicos
- Rasgos de personalidad
- Factores psicosociales o ambientales
- Trastornos mentales
- Historia familiar y genética

De acuerdo con Téllez (2006), se sugiere, por la compleja interacción de estos factores que la conducta suicida sea estudiada no como un síntoma, sino como un síndrome que coexiste con diferentes patologías psiquiátricas y con entidades médicas. De acuerdo con lo anterior, la OMS (OMS/OPS) define al suicidio como un trastorno multidimensional, y resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales.

La disponibilidad de medios para el suicidio, no se toman en cuenta de manera habitual. En un estudio, realizado en Inglaterra en la década de los 60s, se eliminó el monóxido de gas doméstico, y como consecuencia hubo una reducción de la tasa de suicidio por varios años. Otros componentes importantes son los factores estresores psicosociales y los eventos vitales estresantes a menudo preceden un suicidio o un intento de suicidio, pero se considera que raramente son una causa suficiente para suicidio. La importancia radica en su acción como factores precipitantes, especialmente en los jóvenes que están en riesgo en virtud de su condición psiquiátrica (OMS, 2002).

El modelo estresor – diátesis pretende explicar la conducta suicida tomando en cuenta los resultados de estudios epidemiológicos, en los cuales se han observado, las mayores tasas de suicidio en pacientes con un gran historial de impulsividad, agresividad e inestabilidad (Oquendo, 2004). Este comportamiento resulta de la interacción de los estresores con una predisposición o vulnerabilidad (diátesis), y no obedece simplemente a factores de estrés externos.

En este modelo los estresores ambientales como eventos vitales, dificultades financieras, pérdidas afectivas, enfermedad depresiva, son precipitantes observables del acto suicida y la diátesis se caracteriza por la tendencia al pesimismo, la desesperanza y la presencia de agresividad o impulsividad (Oquendo, 2004). La vulnerabilidad a la conducta suicida, a su vez, es generada, por factores genéticos,

marcadores neuroquímicos o antecedentes individuales como el abuso sexual y físico en la infancia.

Impulsividad y Suicidio

La impulsividad se considera como una predisposición a actuar en forma inmediata, una reacción no planeada a estímulos internos (tensión) o externos, sin tener en cuenta las consecuencias de los actos para los demás y para sí mismo. Se asocia con fallas en la conciencia, perjudicando la habilidad para reflexionar e impedir la inteligencia o la capacidad de guiar la conducta. Se habla de impulsividad cuando se da, por lo tanto, un estado de extrema agitación en el que el individuo está tenso y no piensa con claridad (Téllez J, 2006).

El acto suicida con frecuencia se relaciona con la depresión y desesperanza, pero requiere factores que puedan reducir la inhibición que existe hacia la conducta suicida, para que de esta forma se pueda realizar el intento de autoeliminación. Precisamente la impulsividad es un factor que desinhibe la conducta y origina un alto riesgo de suicidio, aunque tiende a asociarse más con intentos fallidos o gestos suicidas ya que los que intentan suicidarse impulsivamente comparados con los que predeterminadamente lo hicieron, tienen menor probabilidad de morir en el acto (Téllez, 2006).

Se ha llegado a suponer que la impulsividad/agresividad causa el intento de suicidio, mientras que la depresión es causa de los suicidios consumados, esto debido a que la impulsividad incrementa el riesgo de intentos de suicidio, pero impide planear el acto suicida, y por eso con frecuencia el intento no es letal. La impulsividad está relacionada también con el uso de medios más violentos, lo que se puede considerar como un marcador de elevadas conductas agresivo-impulsivas (Téllez, 2006). El componente *impulsividad/agresividad* se manifiesta como antecedentes de conductas impulsivas y como rasgos de personalidad que configuran el grupo B de los trastornos de personalidad: antisocial, límite, histriónico y narcisista.

Desesperanza

Se define como la necesidad de escapar de situaciones dolorosas, unida a la percepción de que la persona no encuentra salida al problema y considera que la muerte es lo único que le causará alivio. Es un factor de riesgo importante ya que suele asociarse a una sensación de soledad, desarraigo y falta de sentido de la vida, lo que origina planes e ideas suicidas. Cuando la visión que se tiene de los problemas está reducida y el juicio comprometido por un estado depresivo el suicidio se puede concebir como una forma de escapar del sufrimiento y terminar de una vez por todas con el temor (Téllez, 2006).

Indefensión aprendida (teoría de Seligman)

Se fundamenta en la idea de que la percepción continuada por parte de un sujeto de no correlación entre los objetivos esperados de sus actos y los resultados de estos puede provocar en la persona un sentimiento de impotencia e incapacidad de control. Esta experiencia de incontabilidad puede suscitar un sentimiento de indefensión, que se traduce en la limitación y/o bloqueo, en mayor o menor grado de su actividad. El aprendizaje e interiorización de la carencia de control en los resultados de las propias conduc-

tas, provoca según el autor déficit en la personalidad.

Identifica dos tipos de indefensión, la universal y la personal; en la primera identifica que está fuera de su alcance y fuera del alcance para todos los demás, por lo que no afecta su autoestima, en cambio la segunda es una limitante que identifica como propia, y que no tiene la capacidad para resolverla, afectando su autoestima. La hipótesis de la indefensión aprendida propone que el estado depresivo es una consecuencia del aprendizaje de que los resultados son incontrolables.

Además de estos pensamientos comunes con los pacientes deprimidos, los suicidas presentan otras dos características:

- Constricción en el contenido y aplicación de constructos.
- Desorganización del sistema de constructos.

Blumenthal (1988) Vaillant y Blumenthal (1993) propone el modelo de sobreposición en el que agrupa los factores de riesgo en 5 áreas, estas son: trastornos psiquiátricos, rasgos y trastornos de personalidad, factores psicosociales y ambientales, variables genéticas y familiares, factores biológicos. Cada una de estas áreas corresponde a una esfera de influencia, pudiendo ser representadas de manera gráfica mediante una serie de diagramas de Venn entrelazadas.

La asociación de varios de estos elementos incrementa el riesgo de suicidio, de manera que interactúan desde los factores predisponentes como puede ser la predisposición biológica o familiar, con otros factores de riesgo que se desarrollan a lo largo de la vida, como puede ser un trastorno psiquiátrico o la exposición a un suicidio.

Otros autores en la línea psicológica hablan de la personalidad tipo borderline (Waldinger, 1986 en Villardón 1993). Neuroticismo, ansiedad (Mattison, 1988 en: Villardón, 1993).

Con respecto a las características de personalidad no existen resultados concluyentes que nos permitan hablar de una personalidad suicida. Las distintas variables psicológicas en la explicación del suicidio solo suponen un paso más en la prevención y tratamiento del comportamiento autodestructivo, sin embargo, la mayoría o la gran mayoría hace referencia siempre a un factor de la "persona". A continuación, se presentan los elementos fundamentales del constructo de personalidad, que sirven de soporte teórico del presente trabajo para la interpretación del tipo de personalidad asociada a la tentativa suicida.

Factores culturales y sociodemográficos asociados al suicidio adolescente

Entre los factores implicados en este ámbito se describen los problemas socioeconómicos, los bajos niveles educacionales y el desempleo pues limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades elementales.

Los factores asociados a la cultura adquieren mucha importancia entre adolescentes, que se ven sometidos a un nuevo entorno cultural con pérdida de la identidad y sus costumbres, ya que deben hacer esfuerzos constantes por lograr adaptarse a la nueva cultura, tienen sentimientos de duelo, pérdida y pena, con recuerdos de los amigos, fami-

liares, la profesión, las posesiones y cuanto se ha dejado atrás, sentimientos de ser rechazado por los miembros de la nueva cultura, angustia, disgusto e indignación, confusión en el rol, las expectativas, los valores y la identidad ante la nueva cultura, todo esto crea una sensación de incapacidad de adaptarse a la nueva cultura (Pérez Barrero, 1996).

Estas razones, además de problemas con la pareja, infelicidad, baja autoestima, carencia de amigos o familiares, el aislamiento social y la falta de comunicación por las barreras creativas al nuevo entorno pueden contribuir al suicidio de los adolescentes de estos grupos poblacionales.

Patrones familiares relacionados con el suicidio adolescente

Entre estos múltiples factores familiares se citan los siguientes: presencia de padres con trastornos mentales, antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento, consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros, violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual, pobre comunicación entre los integrantes de la familia, con dificultades para demostrar afectos, frecuentes riñas y manifestaciones de agresividad en las que se involucran los miembros de la familia, convirtiéndose en generadores de tensión y agresividad, separación de los progenitores por muerte, separación o divorcio, rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes, frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas, situación de hacinamiento, convivencia de varias generaciones en un breve espacio, autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores, con exigencias desmedidas o total falta de exigencia, incapacidad de los progenitores para escuchar las inquietudes del adolescente.

Incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones de estrés, llamadas constantes de atención al adolescente con un carácter humillante, padres divorciados o separados que utilizan al adolescente para agredirse mutuamente, creando una imagen desfavorable del progenitor, incumplir con las expectativas depositadas por los padres, maestros, u otras figuras significativas y asumidas por el adolescente como metas inalcanzables. (Pérez Barrero, S. 1996).

El aumento de las conductas suicidas en adolescentes ha dirigido la atención hacia factores situacionales como los anteriormente mencionados, capaces de producir cambios conductuales en los jóvenes y por lo tanto, a influir en las tendencias suicidógenas. Sin embargo, la forma en la que el individuo se relaciona con su medio ambiente y como este afecta su personalidad, son causa que determina que el individuo intente suicidarse o no (Valadez-Figueroa, 2005)

Creencias sobre la vida y la ideación suicida del adolescente sobre la muerte

Las principales creencias sobre la vida y la muerte, las de mayor predominio con respecto a la vida son creencias racionales, mientras que las de muerte predominaban las creencias irracionales al considerar a la muerte como una forma de solución de los propios problemas (Chanto Alpí-

zar, 2004).

Existe un predominio de pensamientos depresivos, impulsividad y baja tolerancia a la frustración, con pensamientos irracionales como el tremendismo y la condena en varios de los adolescentes, lo que tiende asociarse a que los problemas puedan ser visualizados como intolerables y se tienda a la impulsividad y al "acting out" como una forma de solicitar ayuda. Lo anterior, puede sugerir que las conductas suicidas se encuentran sustentadas en el pensamiento irracional, el cual está cargado de pensamientos negativos e ilógicos, con gran tendencia a depresión, la visión negativa, asimismo del mundo y el futuro, con gran pesimismo y desesperanza a la hora de evaluar las vivencias cotidianas.

La concepción de la muerte en los adolescentes puede ser interpretada como un paso a otro lugar sin sufrimientos, como una respuesta los problemas y no como una percepción de la muerte como algo contundente o definitivo, convirtiéndose una forma inadecuada de pensamiento con el cual se trata de adquirir independencia y poder sobre el destino, relacionado lo anterior con la crisis adolescente en búsqueda de identidad y autonomía.

También se denotan los intentos de autoeliminación como una forma de ejercer control sobre el medio familiar, como una forma de castigar y hacer sufrir a familiares. Se considera que el factor más importante es el estado anímico depresivo, las formas inadecuadas de afrontamiento de conflictos y situaciones estresantes, la inestabilidad emocional, los problemas familiares y el poco control de impulsos como factores asociados al acto autolesivo.

En la investigación (Villardón, 1993) expone que partiendo de los datos sobre el aumento de suicidio en la población joven se considera que la conducta suicida es un continuo que va desde la ocurrencia hasta la consecución del acto, pasando por ideación, planificación, la amenaza y el intento. Por otra parte, el afrontamiento general es valorado como un factor protector fundamental que se basa en un menor nivel de soledad, más razones para vivir, mejor autoconcepto (Villardón, 1993).

Orientación sexual

Los jóvenes con tendencias homosexuales y bisexuales presentan un riesgo aumentado de intentos de suicidio, en parte por la dificultad de aceptación de su orientación y lo que a nivel familiar y social puede conllevar, asociando múltiples factores de riesgo como depresión, intentos de suicidio previos, abuso de sustancias, victimización sexual, conflictos familiares, antecedente de haber sido víctimas de abuso sexual o físico infantil, agresión en la escuela rechazo social, dificultad para encontrar pareja o grupo (Shaffer y Pfeffer, 2001).

Factores de riesgo de la conducta suicida en adolescentes

Depresión

El 90% de los suicidios en adolescentes ocurre en individuos con un trastorno psiquiátrico preexistente, en aproximadamente la mitad de éstos, el trastorno psiquiátrico ha estado presente por dos o más años y aproximadamente un tercio de los suicidas ha hecho un intento de suicidio previo conocido (Shaffer y Pfeffer, 2001).

La combinación de los síntomas depresivos y comportamiento antisocial ha sido descrita como el antecedente más común del suicidio en los adolescentes (Pérez Barrero S, 2001). Casi las tres cuartas partes de aquellos que eventualmente se quitan la vida muestran uno o más síntomas de depresión y pueden sufrir de una enfermedad depresiva importante. Sin embargo, no necesariamente la depresión es concomitante ya sea con los intentos suicidas o con los pensamientos suicidas.

La depresión en jóvenes puede a menudo presentarse asociada a síntomas físicos como cefalea, dolor de estómago y dolores punzantes en las piernas o en el *picholas* de los jóvenes con tendencias depresivas que tienden a ensimismarse, volverse silenciosos, pesimistas e inactivas. Los jóvenes deprimidos a su vez tienden a comportamientos destructivos, agresivos y exigen gran atención de quienes los rodean, esta agresividad puede conducir a la soledad que es en sí misma un factor de riesgo para el comportamiento suicida.

Entre los síntomas más frecuentes observados en los adolescentes deprimidos están: tristeza, aburrimiento, tedio y fastidio, pérdida de los intereses y del placer en las actividades que anteriormente lo despertaban, trastornos del hábito de sueño, con insomnio o hipersomnia, intranquilidad, falta de concentración, irritabilidad, disforia, malhumor, pérdida de la energía para emprender las tareas cotidianas, sentimientos de cansancio y agotamiento, preocupaciones reiteradas con la música, libros, y juegos relacionados con el tema de la muerte o el suicidio, manifestar deseos de morir, sentirse físicamente enfermos, sin tener una enfermedad orgánica alguna. Incremento del uso del alcohol y las drogas, falta de apetito o apetito exagerado, conducta rebelde sin una causa que lo determine, expresar ideas suicidas o elaborar un plan suicida, planificar actos en los que no se calculen de forma realista, las probabilidades de morir, llanto sin motivo aparente, aislamiento social evitando las compañías de amigos y familiares, pesimismo, desesperanza y culpabilidad.

La depresión en sus diferentes manifestaciones clínicas, es el trastorno mental que con mayor frecuencia se asocia a la conducta suicida. La presencia de sentimientos negativos hacia sí mismo con frecuencia ocasiona la aparición de ideación suicida. Se estima que la depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo de suicidio de la población general (Oquendo, 2004).

El 60% de los suicidas padece de un trastorno afectivo y el riesgo de suicidio en los pacientes deprimidos que han sido hospitalizados es del 15%, con un riesgo mayor en varones.

Presentan, a su vez, una mayor tasa en intentos y consumación de suicidio, que se relacionan positivamente con la intensidad depresiva, menor edad en la aparición de síntomas depresivos, estado civil (menor en casados), mayores ideas de suicidio y el historial familiar con respecto a conducta suicida (Téllez, 2006).

Trastornos de ansiedad

Se estima que los trastornos de ansiedad aumentan de 6 a 10 veces el riesgo de suicidio de la población en general, sin embargo, la tasa de suicidio en los trastornos de ansiedad es menor que en los depresivos. Se considera que en gran cantidad de casos el abuso del alcohol enmascara los

trastornos de ansiedad (Téllez, 2006).

Trastorno afectivo bipolar

Las ideas de autoeliminación y el comportamiento suicida son frecuentes en los enfermos bipolares. La impulsividad es un comportamiento prominente en el trastorno afectivo bipolar y está presente aún en los períodos eutímicos (Téllez, 2006)

Esquizofrenia

El suicidio es la principal causa de muerte prematura en los pacientes con esquizofrenia. Se estima que entre el 20 y 25% de los esquizofrénicos intentan suicidarse y esta tasa es similar a los trastornos afectivos y 20 veces mayor a la observada en general (Téllez, 2006).

Población de estudio

Se incluyeron en el estudio un total de 2624 estudiantes, 79% del sexo femenino y 21% del masculino, la edad promedio fue de 22.7 años, con una desviación típica de 4.42, un mínimo de 15 años y un máximo de 60 años. Las características generales de los participantes se muestran en la tabla 1. De acuerdo al perfil de ingreso en la carrera de enfermería, la mayoría de los participantes corresponden a carreras presenciales, un poco más del 50% corresponden a la categoría de Licenciatura en Enfermería (LE), una tercera parte a Enfermería Básica (EB), mientras que en las carreras virtuales participan una menor proporción, 10 % en Licenciatura en Enfermería Virtual (LEV) y sólo el 3% en la categoría de Enfermería Básica Virtual (EBV).

El sexo femenino fue mayormente representado y la proporción fue significativamente menor en la LE en comparación con los otros tres grupos. En todos los grupos los participantes de la Zona Metropolitana de Guadalajara fueron mayoría, sin embargo, la proporción en el grupo de LE fue significativamente menor.

La comparación por categorías de acuerdo al grado escolar mostró una mayor proporción de participantes en carrera de EB en comparación con la LE sin embargo en general las mayores proporciones de participantes fueron de los primeros semestres. Es importante hacer notar que las estudiantes de las carreras de LEV y EBV cursan las carreras por créditos, por lo anterior, no se muestra esta comparación.

En la tabla 2, se muestra la comparación de respuestas de las preguntas que corresponden a la dimensión de factores de riesgo no modificables por grupos. La proporción de participantes que respondieron afirmativamente en todas las preguntas fue significativamente mayor en el grupo con antecedente de intento de riesgo suicida en comparación con el grupo sin antecedente de intento suicida.

En la tabla 3, se muestra la comparación de respuestas de las preguntas que corresponden a la dimensión de factores de riesgo modificables por grupos. La proporción de participantes que respondieron afirmativamente en todas las preguntas fue significativamente mayor en el grupo con antecedente de intento de riesgo suicida, excepto en las siguientes dos preguntas ¿Cuento con el apoyo de mi familia? y ¿Tengo amigos con quién apoyarme?

Discusión

Los resultados de este estudio estimaron que el 20% de

la población tiene historia de intento previo de suicidio, mientras que la ideación suicida hasta un 61%. Estudios recientes en población mexicana muestran un incremento significativo del suicidio en el periodo de 1970 a 2007 hasta del 275%; la incidencia del suicidio se incrementa muy rápidamente entre 15 a 29 años de edad y constituye una de las primeras causas de muerte en este grupo de edad (Borges G, 2010). Para los varones jóvenes la mortalidad por esta causa en el grupo de 14 a 19 años representa el 10% del total de las muertes por suicidio; el 15% en el grupo de 20 a 24 años de edad y el 14% en el grupo de 25 a 29 años. En las mujeres en el mismo orden los porcentajes son 18, 17 y 12%. El suicidio representa una de las principales causas de muerte hasta los 34 años de edad y la tercera entre los 15 y 24 años (Borges, 2010). En este mismo estudio, el riesgo de ideación suicida reportado en adultos de 18 a 29 años fue de 9.7% y un 3.8% con intento de suicidio (Borges G, 2010).

La conducta suicida en adolescentes mexicanos representa un panorama preocupante que demanda atención; en un estudio reciente se evaluaron 12,424 adolescentes en educación media superior de 14 a 19 años procedentes de una muestra de los 32 estados del país, casi en la mitad de los adolescentes presentaron al menos un síntoma de ideación suicida y 9% intento de suicidio previo (Pérez-Amezcu B, 2010). Los factores asociados a la conducta suicida fueron poca confianza de comunicación hacia los padres (RM=1.30 para ideación suicida, RM= 1.54 para intento suicida); abuso sexual (RM=1.92 para ideación suicida, RM=1.57 para intento de suicidio); sintomatología depresiva (RM=5.36 para ideación suicida, RM=1.51 para intento suicida 1.54); consumo de tabaco (RM=1.30 para ideación suicida, RM=2.57); consumo de alcohol (RM=1.60 para ideación suicida, RM=1.31 para intento de suicidio) y para las mujeres haber tenido relaciones sexuales (RM=1.28 para ideación suicida, RM=1.65 para intento de suicidio).

Estos resultados son consistentes con los resultados de nuestro estudio, la ideación suicida en nuestra muestra es hasta el 61% en la población con antecedente de intento de suicidio y significativamente menor en sujetos sin intento previo de suicidio. Otras conductas de riesgo suicida fueron muy frecuentes en nuestro estudio: la mitad de los sujetos con antecedente de historia de intento previo de suicidio refirió tener falta de confianza para contarles sus problemas a sus familiares; casi la mitad refirió haber sufrido abuso sexual, violencia doméstica, haber consumido de drogas y consumir alcohol en los últimos 6 meses (Pérez Amezcu B, 2010); diversas preguntas que exploran depresión/ansiedad en la conducta suicida son altamente representadas en nuestra población de estudio.

Es importante considerar la probabilidad que las conductas de riesgo previas no sean advertidas en los adolescentes de educación media y no reciban la atención necesaria y por tanto, pueden ser un factor determinante para que se agudicen a mayores demandas académicas (aunque el diseño de estudio no puede responder a esta pregunta).

Lo anterior, muestra que el problema puede estar presente desde edades más tempranas y que la frecuencia de suicidio en la población de estudio es mayor a la reportada a nivel nacional tanto en población general como en adolescentes. En este contexto, es importante considerar que, de acuerdo con el último informe del año 2013 del Institu-

to Nacional de Geografía y Estadísticas, el Estado de Jalisco ocupa, el segundo lugar en frecuencia de suicidio a nivel Nacional y que la mayor frecuencia se presenta en adolescentes y adultos jóvenes (INEGI, 2013). Por lo tanto, podemos considerar que los datos aportados en este estudio son prioritarios ante la falta de programas efectivos de prevención de riesgo de suicidio en estudiantes universitarios y con el objetivo de establecer estrategias de prevención y manejo de las conductas suicidas.

Los participantes con antecedente personal de HIS fueron en promedio dos años mayores, con una mayor proporción del sexo femenino, en las categorías presenciales, predominantemente de la zona metropolitana de Guadalajara y en los niveles finales de la carrera. Estas características identifican una proporción de más de 2/3 partes de los participantes con HIS y en quienes se podría hacer énfasis en las medidas de prevención. Estudios previos han mostrado que el suicidio es un problema de salud particularmente en mujeres en edades jóvenes [(Espinoza-Gómez, 2010; Pérez-Amezcuca, 2010); la asociación entre mayor escolaridad y el riesgo suicida ha sido descrita previamente (Pérez-Amezcuca, 2010). Estos resultados son consistentes con otros estudios (Medina-Mora, 1994). Por otra parte, la mayor parte de las estudiantes fueron de la zona metropolitana y de las categorías presenciales en comparación con las categorías virtuales. Lo anterior, podría estar relacionado con la demanda de mayores competencias a las que son sometidos los jóvenes al incrementar su responsabilidad profesional a mayor nivel de escolaridad, mayor presión social y familiar de las zonas metropolitanas en comparación con las estudiantes de carreras no presenciales y de zonas rurales.

En el dominio que evalúa los factores de riesgo no modificables en la conducta del suicidio todas las preguntas mostraron diferencia estadística. Estas respuestas exploran las conductas asociadas con mayor riesgo para el suicida. En un estudio realizado en estudiantes universitarios adolescentes, mostró asociación entre la violencia doméstica y riesgo de conducta suicida (Espinoza-Gómez, 2010). En ese estudio, el abuso sexual incrementó el riesgo 27 veces, seguido de la violencia verbal en 9 veces en comparación con sujetos que no muestran estas condiciones. Por otra parte, la separación de los padres, la pérdida de un ser querido o intentos previos de suicidio personal o familiar en amigos incrementan el riesgo suicida (Tsung-Hsueh L, 2011, Wilcox HC, 2010, Weber S, 2005).

Los factores de riesgo modificables son una condición constante en sujetos con riesgo suicida y representan una oportunidad de intervenir oportunamente tanto para el profesional de la salud como para el adolescente. En nuestro estudio la mayor proporción de sujetos con antecedente de HIS respondieron positivamente en comparación con los sujetos sin antecedente de HIS. Por otra parte, como era de esperar una mayor proporción de los sujetos sin HIS respondieron positivamente a la pregunta ¿tengo amigos con quién apoyarme? En un estudio que evalúa el consumo de sustancia adictivas en población mexicana del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, mostró que el suicidio representó el 9% de las defunciones por causa violenta y un dato relevante, es que a mayor número de sustancia adictivas la probabilidad de suicidio se incrementó en 3.3 veces más en comparación con los decesos con otras causas; el riesgo de consumo de una sustancia fue de

1.8 y de 2 o más 3.3 (Ocampo R, 2009). En las mujeres, esta tendencia se mantiene casi igual en relación con el aumento de sustancias detectadas (una sustancia 3.2 veces más y el consumo de 2 o hasta 3.6 veces más). Otros estudios son consistentes con estos resultados (Afifi TO, 2007).

Los resultados del estudio muestran que un poco más de la mitad de los participantes con antecedente de HIS, refirió la presencia de violencia intrafamiliar, fracaso en los estudios, o han sido expulsados del colegio. La confluencia de factores familiares como la pérdida de valores, pérdida de la autoestima, pérdida de la relación de padres e hijos, daño a la salud emocional e intentos suicidas previos indican la importancia de la participación de la familia para disminuir el riesgo suicida en jóvenes (Kuhlber G, 2010). El fracaso escolar puede originar un trastorno depresivo o problemas psicosociales persistentes (Warchol-Biebermann ME, 2012). Los estudiantes universitarios pueden ser afectados por diversos factores que se pueden asociar a depresión y suicidio como: sentimiento de desesperanza (Viñas PF, 2004); problemas económicos (Fan AP, 2012); patrones de angustia (Dyrbye LN, 2011); presencia de Síndrome de Bournout (Dyrbye LN, 2008); presencia de *Bullyng* (King CA, 2013) entre otros. A nivel universitario, los factores anteriores ponen de relieve la necesidad de establecer la relación entre estos factores y la conducta suicida. Otros estudios han identificado diversas conductas de riesgo como son el uso de alcohol y drogas, personas con intentos de suicidios previos, personas socialmente excluidas y pacientes con enfermedades psiquiátricas (Nordentooft M, 2007).

La presencia de depresión/ansiedad y el riesgo suicida son un fenómeno frecuente. En nuestro estudio un poco más de la mitad de los adolescentes con antecedente de HIS respondieron positivamente a las preguntas que exploran este dominio. La asociación entre la morbilidad psiquiátrica y el suicidio han sido claramente establecida (Wilcox HC, 2010; Lieb M, 2013; Oumaya M, 2008; Spiessl H, 2002). La presencia de un trastorno límite de la personalidad puede estar asociada con un aumento de las conductas en los pacientes con trastornos depresivos y de ansiedad. En un estudio reanalizado en 1838 sujetos en los países Bajos sobre la depresión y ansiedad en sujetos con depresión o trastorno de ansiedad, 309 pacientes reportaron al menos un intento de suicidio. La asociación entre morbilidad e intento de suicidio se incrementó en un 33% en presencia de trastornos de la personalidad (Stringer B, 2013). Por otra parte, el uso de antidepresivos en adolescentes que mueren por suicidio es poco frecuente (Dudley M, 2010). En un estudio previo que evaluó el uso de antidepresivos en adolescentes que murieron por suicidio, mostró que solamente el 1.6% de sujetos tuvieron el antecedente de uso de medicamentos antidepresivos. Lo anterior, muestra que, a pesar de tener un antecedente previo de suicidio y la alta prevalencia de depresión en jóvenes, los adolescentes que mueren no tienen el beneficio potencial de los antidepresivos (Dudley M, 2010). Otros, estudios observacionales muestran que el perfil profesional de enfermería se asocia con presencia de ansiedad, depresión, autoestima baja, cansancio emocional y falta de realización personal con un incremento del riesgo suicida (Tomás-Sábado J, 2003).

En nuestro estudio el 61% de los participantes con HIS

refirieron haber pensado en un plan o método para matarse. La ideación suicida en sus diferentes expresiones (preocupación autodestructiva, planificación de un acto letal, deseo de muerte), transcurre desde el intento suicida y finaliza con el suicidio consumado. Este proceso es latente en la población de estudio. Por lo tanto, la ideación suicida y así como la identificación de factores asociados a ésta, resulta de particular importancia.

En un estudio con una muestra de 1285 estudiantes mexicanos de escolaridad media y media superior, pertenecientes a 4 escuelas públicas, señala a la sintomatología depresiva como la variable que mejor predice la ideación suicida. El modelo explicativo de ideación suicida utilizado en este estudio, mostró que el buen funcionamiento familiar y una adecuada integración escolar pueden considerarse como factores protectores indirectos de la ideación suicida.

El funcionamiento familiar se relaciona positivamente con la autoestima, y la ausencia de sintomatología depresiva, mientras que la desintegración escolar con la sintomatología depresiva y con la victimización escolar, dimensiones que tienen una relación con la ideación suicida (Sánchez-Sosa JC, 2010) (Springer A, 2007). En otro estudio, se mostró que una autoestima baja y el malestar depresivo en adolescentes se asocia a ideación suicida (Jiménez-Tapia, 2007). Un factor constante en el proceso suicida, es la pertenencia a familias desvinculadas y rígidas, en donde es patente la ausencia física del padre (Osornio-Castillo, 2001).

Por otra parte, es importante señalar que la relación entre la depresión y la ideación suicida muestra diferencias significativas entre los géneros. En un estudio realizado en adolescentes con el objetivo de evaluar la asociación entre la sintomatología depresiva y la ideación suicida, mostró que más de la mitad de las mujeres tenían síntomas depresivos. Lo anterior podría estar relacionado con la mayor *suigeneris* del sexo femenino para expresar sentimientos de depresión, sentimiento fatalista y pensamientos o deseos de muerte. Mientras que, entre los hombres, este tipo de ideas se percibe como un signo de debilidad (Jiménez-Tapia A, 2007). El medio ambiente, podría fomentar el desarrollo de ciertos rasgos de personalidad atribuibles a un determinado sexo y condicionar factores de protección o de riesgo a cada uno de los individuos. (Jiménez-Tapia, 2007).

Factores precipitantes estuvieron presentes en casi la mitad de los estudiantes. La relevancia de estos factores para el caso de la conducta suicida, es que son indicadores de vulnerabilidad, una vez que la idea de suicidio está presente en el individuo; se relacionan con aquellas condiciones que harían favorable la aparición de la idea suicida, es decir son condiciones de orden personal o social que pueden dar indicios sobre la posibilidad de una conducta suicida en un individuo. Algunas de estas condiciones pueden ser de origen familiar, biológico o social. En un estudio realizado en estudiantes que evalúa el nivel de estrés psicosocial percibido en tres áreas de la vida potencialmente significativa en adolescentes como son: la familiar (prohibiciones parentales; los amigos (mi mejor amigo o amiga) y la escuela (problemas con las autoridades escolares), mostró que el estrés psicosocial se asocia con ser mujer, estudiante de educación media superior, ser estudiante irregular durante el ciclo escolar, y que la ma-

yor parte de su vida haya vivido en zonas urbanas.

Lo anterior, puede ser expresado en los adolescentes con conductas autodestructivas cada vez más frecuentes, como el consumo de alcohol, tabaco y drogas, conductas antisociales y suicidas (González-Forteza, 1997). La ideación suicida hace referencia no sólo a su carácter persistente, fijo obsesivo, sino también a la comunicación de la misma, bien sea de manera verbal o escrita (Aja Eslava, 2007).

Las creencias sobre la vida son otros factores que contribuyen a la generación de conductas suicidas. Un poco más de la mitad de los alumnos con HIS respondieron afirmativamente a las preguntas que evalúan este dominio. La conducta suicida en sujetos con HIS, pueden estar asociados a planes de hacerse daño, desesperanza y comunicación de la ideación suicida. Las creencias desde este punto de vista constituyen la base que hace posible su prevención (Ruiz Mahecha DC).

La adolescencia es una etapa de la vida que puede facilitar diferentes conductas, entre las cuales se encuentran, la conducta suicida debido a que hay propensión a tener sintomatología depresiva y cuadros de abatimiento agudo que pueden no ser percibidos por lo demás adultos (Ruiz Mahecha DC). Por otra parte, en nuestro estudio los factores protectores fueron más prevalentes en los sujetos sin antecedentes de historia de intento previo de suicidio. Diversos estudios dan cuenta de factores protectores al suicidio: poseer confianza en sí mismo, habilidades sociales que le permitan integrarse a los grupos propios de la adolescencia en la escuela y la comunidad de forma positiva, tener habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades, saber pedir consejo ante decisiones relevantes y saber elegir a la persona más adecuada para brindarlos, saber expresar a personas confiables sentimientos dolorosos o desagradables, incluyendo las ideas suicidas u otras, mantener buenas relaciones interpersonales con compañeros de estudio o trabajo, amigos, maestros y otras figuras significativas, tener apoyo de la familia y sentir que se le ama, se le acepta y se le apoya, entre otras (Pérez Barreto, 2007).

La distribución del riesgo porcentual por categorías en la población de estudio, estimo que el 76% de la población presenta riesgo leve, 16% riesgo moderado, 4% riesgo alto y solo el 4% de los estudiantes sin riesgo. Estos datos pueden “interpretarse como contradictorios” en comparación con la frecuencia de intento de suicidio previo en nuestra población de estudio. Sin embargo, lo que podemos interpretar, es que la intencionalidad del suicidio no es una condición constante en el tiempo y que esta puede ser tan relevante en los sujetos de alto riesgo como en los sujetos de riesgo leve y que, por lo tanto, particularmente situaciones agudas de abatimiento en los adolescentes pueden asociarse a conductas suicidas. Lo anterior, en la población de estudio es plausible, dado que al evaluar, la distribución riesgo por dimensiones en la población total, se observó que los factores no modificables (de mayor riesgo para suicidio) se distribuyeron en todas las categorías y que aún en aquellos con una proporción alta factores protectores para el suicidio presentaron un poco más de un 15% de factores de riesgo no modificables; por otra parte, cuando se evaluó la población de acuerdo a las dimensiones del instrumento, aquellos sin riesgo no mostraron factores no modificables y los de alto riesgo mostraron proporciones

alta de factores no modificables y menores proporciones de factores protectores y creencias (en sentido positivo).

El intento previo a suicido en la población de estudio fue más frecuentes entre las edades de 20 a 25 años y seguidos entre las edades de 16 a 20 años. Diversos estudios muestran que los adolescentes y adultos jóvenes son considerados como grupos vulnerables (INEGI, 2013) y es de llamar la atención que la frecuencia de intento de suicidio fue mayor en hombres que en las mujeres en las edades de 20 a 25 años, mientras que esta tendencia se invierte en el grupo de 16 a 20 años; por otra parte, las estudiantes con carreras presenciales mostraron una mayor frecuencia en comparación con las carreras no presenciales. En un estudio con el objetivo de determinar el riesgo de suicido en estudiantes de enfermería y su asociación con la inteligencia emocional percibida, depresión, ansiedad, autoestima, mostro que la depresión y la atención emocional fueron predictores independientes de la ideación suicida. Por otra parte el riesgo de suicidio mostro una asociación inversa con la mayor autoestima (Ardilla-Herrero A, 2013).

La relevancia de los resultados previos nos permite percatarnos que en la actualidad el enfoque humanista-existencial constituye una respuesta ante la deshumanización presente a lo largo de estos años, provocada probablemente por la industrialización y comercialización de la sociedad, una respuesta a esa carencia de herramientas en los estudiantes de enfermería para enfrentar un mundo que los orilla a la muerte, un camino por el cual se incrementa la inteligencia emocional, el valor en la construcción del autoconcepto, que permita una disminución de la ansiedad y la depresión pues, “la horrible novedad del siglo XX no se ha caracterizado precisamente por la muerte de Dios sino por la muerte del hombre, por la muerte de lo humano y de la humanidad” (Bárcena, 2000); y es que en el tiempo presente parecería que el destino a llegar del hombre es el de una profunda soledad engendradora por la competitividad y el egoísmo de un capitalismo individualizante, el ser humano vive rodeado de un mundo de información, de cercanía aparente y falaz en la cual ya no es capaz de comunicarse, cayendo en el abismo de obturación y peor aún en el estancamiento personal permanente puesto que no olvidemos que el ser humano se constituye como persona en desarrollo continuo sólo a través de la relación benéfica con los otros.

Lo anterior es puesto de manifiesto por múltiples estudios al igual que en el que aquí se hace presente, descubriendo que la incongruencia entre el autoconcepto y la consideración positiva condicional, que actualmente es viable que vivan los adolescentes, puede dar explicación a los resultados presentados en la investigación, donde se encontró que los jóvenes cuyo autoconcepto está centrado en preceptos de aceptación, cuentan con mayores recursos intrapsíquicos y sociales (apoyo de compañeros y familia). Estas son actitudes y acciones que pueden ser congruentes con cualquier tipo de personalidad, particularmente cuando están sostenidos en suficientes recursos interpersonales, esto con base en las respuestas obtenidas de los instrumentos aplicados. Los jóvenes que no han intentado suicidarse reportan mayor unión y apoyo, así como mejor expresión de sus emociones dentro de su familia, acompañadas de una menor percepción de dificultades en ésta, a diferencia de los jóvenes con historial de suicidio donde aumenta la percepción de dificultades y disminuye la percepción de

unión y apoyo, y de expresión. De igual manera estudios respaldan lo descubierto de que el suicidio es una variable afectada multidimensionalmente y que existen relaciones significativas entre ideación suicida, depresión y autoestima.

Estos resultados son similares en los estudios que elaboraron (Dieserud, 2003) donde reportaron que la baja autoestima, y déficit en la capacidad de solución de problemas son indicadores de intento suicida; así mismo, (Fazaa y Page, 2003) hallaron que jóvenes con un autoconcepto desfavorable está determinado por una autoimagen y una autoestima deterioradas, por lo que estos sujetos no pueden manejar alternativas de solución por su estructura personal y social. Podemos fundamentar los resultados obtenidos de las respuestas afirmativas en la dimensión depresión/ansiedad haciendo referencia a la búsqueda de sentido, esa voluntad que posee un evidente valor de supervivencia (Frankl V, 1992), al notar un porcentaje mayor de respuestas que llevan a pensar en la poca voluntad de sentido en adolescentes con historias de suicidio.

Así mismo esta fuerte relación entre depresión/ansiedad, puede ser producto de la frustración de las necesidades que actualmente tienen los adolescentes, pues “un hombre es movido por un impulso al crecimiento, impulso que no puede ser aprendido y tampoco puede ser extinguido, un hombre es capaz de ser responsable de sus sentimientos, significados y conductas, estando en un proceso continuo de aprendizaje y crecimiento, proceso que sólo al ser obstaculizado se convierte en destructivo” (Lafarga, 2013).

Conclusiones

El presente estudio muestra por primera vez que el riesgo de suicidio es alto en la población de estudio y que debe de ser considerado como un problema de salud pública que no ha sido suficientemente advertido.

La distribución porcentual del riesgo alto es del 4% vs la frecuencia de intento previo del 20%, lo que sugiere que es probable que la intención suicida se distribuya en toda la población de estudio (sin riesgo, riesgo leve, moderado y alto).

Los participantes más jóvenes presentaron mayor frecuencia de intento previo de suicidio y las estudiantes de las carreras de presencial y aquellas con los niveles escolares superiores y en servicio social presentaron mayor frecuencia de intento previo de suicidio.

La distribución por grupo de edad y sexo, mostro que la mitad de los hombres presentó intento previo de suicidio y 40% de las mujeres en las edades de 20 a 25 años; mientras se observó que una tercera parte en las edades de 16 a 20 años presentó el antecedente de intento previo de suicidio.

Desde la perspectiva del enfoque centrado en la persona es necesario establecer programas de escrutinio y prevención de suicidio en estudiantes de la carrera de enfermería del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

Proponer un modelo descriptivo-teórico para el desarrollo del potencial humano que ayude a comprender la conducta suicida tanto en el contexto individual como social que permita la realización de estrategias adecuadas a las necesidades de los estudiantes en la carrera de enfermería de la Universidad de Guadalajara para la prevención, intervención y manejo oportuno de las conductas

suicidas.

Referencias

- Afifi TO, 2007 Oct the associations between health risk behaviours and suicidal ideation and attempts in a nationally representative sample of young adolescents.
- Aja Eslava, abril 2007 *El Suicidio y los factores Indicadores de riesgo*.
- Ardilla-Herrero A, 2013). *Associations between emotional intelligence, depression and suicide risk in nursing students*.
- Bárcena, 2000 *Teoría e Historia de la Educación*, Universidad Complutense De Madrid, 2008.
- Brown, Ron M, (2001), *El arte del Suicidio*. Madrid España: Editorial Síntesis, S.A.
- Borges G, 2010. Psychiatric disorders, comorbidity, and suicidality in Mexico. *J Affect Disord* 2010; 124: 98-107. Doi:10.1016/j.jad.2009.10.022.
- Camus A, (1981). *El mito de Sísifo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Campos, M. (2003) *Estructuración de un instrumento para medición de factores de riesgo al suicidio en adolescentes*. Vol. 4. San José de Costa Rica.
- Clemente, M. González, A. (1996). *Suicidio una alternativa social*. Madrid España: Biblioteca Nueva S.L.
- Chanto Alpizar (2004) *Creencias Racionales e Irracionales sobre la Vida y La Muerte y Conductas Suicidas: El caso de los Adolescentes Costarricenses*.
- De Carvalho, José Murillo de. *A formação das almas. O imaginario da República no Brasil*. São Paulo, Companhia das Letras, 1990.
- Dieserud, G., (2003). Predicating repetition of suicide attempt: A prospective study of 50 suicide attempters. *Archives of Suicide Research*.
- Dudley M, (2010) J18 Doi:10.3109/10398561003681319. Are adolescents dying by suicide taking SSRI antidepressants? A review of observational studies.
- Dyrbye LN, 2008 Sep 2;149 (5):334-41. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students.
- Dyrbye LN, 2009 Sep. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students.
- Ederly, J. (2000), *Suicidio Colectivos: Rituales del Nuevo Milenio*, México: Publicaciones para el Estudio Científico de la Religiones.
- Garlow, S., Rosenberg, J., Moore, J., Haas, A., Koestner, B., Hendin, H. y Nemeroff, C. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American foundation for suicide prevention college screening project at emory University. *Depression And Anxiety* 25, 482-488. DOI 10.1002/da.20321.