

Ideación y tentativas suicidas en estudiantes del nivel medio del estado de Guanajuato, México

Suicide ideation and suicide attempts in middle school students of the State of Guanajuato, Mexico

Ana-María Chávez-Hernández*, Catalina González-Forteza**, Angélica Juárez Loya***, Daniela Vázquez Vega****, Alberto Jiménez Tapia**

RESUMEN

El objetivo del presente artículo es medir la frecuencia de ideación suicida reciente y tentativas suicidas por lo menos alguna vez en la vida, considerando el sexo y la edad, para describir las características de la única/última tentativa en estudiantes de secundaria. Se realizó un estudio transversal con una muestra aleatoria de escuelas secundarias públicas de 41 de los 46 municipios que integran el estado de Guanajuato, México. Participaron 3249 estudiantes (48.6% hombres y 51.4% mujeres), de una edad promedio de 13 años. Los resultados evidencian que la ocurrencia de ideación suicida actual fue de 8.4% ($n = 274$), con una proporción significativamente mayor de mujeres ($\chi^2 = 4.22$; $gl = 1$; $p = 0.033$); la frecuencia de tentativas suicidas alguna vez en la vida fue de 12.4%. Los métodos que se emplearon con mayor frecuencia fueron la intoxicación con drogas y no comer, con el fin de morir. Los principales motivos mencionados fueron problemas familiares, sentirse enojado, sentirse triste, solo, deprimido e incomprendido por la familia. Se presentaron diferencias estadísticas entre hombres y mujeres.

ABSTRACT

The aim of this study is to measure frequency of recent suicide ideation and suicide attempts in life, comparing by sex and age, to describe the characteristics of the single/last suicide attempt in high school students. A cross-sectional study was conducted with a random sample of public middle schools in 41 out of 46 municipalities of Guanajuato State, Mexico. 3249 Students participated (48.6% were male and 51.4% female), with mean age of 13 years. Results show that the occurrence of current suicidal ideation was 8.4% ($n = 274$), with a significantly higher proportion of women ($\chi^2 = 4.22$; $gl = 1$; $p = 0.033$). Frequency of suicide attempts was 12.4%. The most frequent methods often used were drug poisoning and not eating, to dying. The main reasons cited were family problems, feeling angry, feeling alone/sad/depressed, and lack of understanding in the family. There were statistical differences by sex.

Recibido: 11 de mayo de 2015

Aceptado: 10 de noviembre de 2015

Palabras clave:

Adolescentes; estudiantes; ideación suicida; tentativa suicida; México.

Keywords:

Adolescents; middle school students; suicide attempt; suicide ideation; Mexico.

Cómo citar:

Chávez-Hernández, A. M., González-Forteza, C., Juárez Loya, A., Vázquez Vega, D., & Jiménez Tapia, A. (2015). Ideación y tentativas suicidas en estudiantes del nivel medio del estado de Guanajuato, México. *Acta Universitaria*, 25(6), 43-50. doi: 10.15174/au.2015.786

INTRODUCCIÓN

El suicidio es una muerte abrupta con dramáticas repercusiones en varios micro y macro sistemas sociales (Bronfenbrenner, 1979; Pérez-Amézcuca *et al.*, 2010), no sólo por la carga de la defunción misma, sino por los efectos emocionales negativos que repercuten en la mayoría de las personas cercanas al occiso. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014) estima en miles de millones de dólares los costos de las defunciones por suicidio y enfatiza sobre su prevención, por su carácter autodeliberado y prematuro.

La conducta suicida en México es un asunto de Salud Pública (Borges, Orozco, Benjet & Medina-Mora, 2010b; Borges *et al.*, 2009), y se entiende como un proceso que implica diversos factores con diferentes montos de riesgo, entre ellos la ideación y la tentativa suicida (Borges *et al.*, 2010b; Chávez-Hernández,

* Departamento de Psicología, División de Ciencias de la Salud, Campus León, Universidad de Guanajuato. Lascuráin de Retana núm. 5, Guanajuato, Gto., México, C.P. 36000. Correos electrónicos: anachavez@ugto.mx; anamachavez@hotmail.com

** Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Mufiiz. Calzada México-Xochimilco núm. 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, Distrito Federal, México, C.P. 14370. Correo electrónico: alberj@imp.edu.mx

*** Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Avenida Universidad 3004, Copilco Universidad, Ciudad de México, D.F., C.P. 04510.

**** Instituto Nacional de Salud Pública. 7a. Cerrada de Fray Pedro de Gante. núm. 50, Col. Sección XVI, Tlalpan, México, D.F., C.P. 14080.

Medina & Macías-García, 2008; González-Forteza, Ramos, Mariño & Campuzano, 2002a). Por ello, la medición de éstos es compleja.

La conducta suicida es un proceso dinámico y multifactorial que incluye diversas etapas que pueden o no ser secuenciales, donde, en ocasiones, la fatal culminación del mismo es el suicidio, como resultado de una conducta autodestructiva realizada con el deseo explícito, consciente y voluntario de quitarse la propia vida (Durkheim, 1976).

La ideación suicida es la fase del *continuum* suicida más frecuente, pero sólo una minoría de personas que la presentan progresan hacia un acto autolesivo. La ideación es un indicador del riesgo suicida, pues desde hace décadas se ha comprobado que las personas que consumaron el suicidio presentaron previos pensamientos de quitarse la vida y lo comunicaron a algunos conocidos cercanos a ellos (McAuliffe, 2002).

La nomenclatura del suicidio y de la conducta suicida sigue sujeta a debate. Algunas ocasiones se presentan variaciones en los términos empleados, por ejemplo se utiliza la propensión al suicidio, las conductas relacionadas con el suicidio, la conducta suicida o el intento de suicidio de manera indistinta (Heilbron, Compton, Daniel & Goldston, 2010; Van Orden *et al.*, 2010). Un intento o tentativa de suicidio (en español aparecen ambos términos en la bibliografía) posee las siguientes características: a) la persona manifiesta conductas autoinducidas de posible daño, b) el individuo expresa intención de morir y c) el intento no tiene un resultado fatal (Apter, 2010; Gvion & Apter, 2012).

Los registros de suicidio consumado en la República Mexicana podrían estar subestimados al menos en 30% (Secretaría de Salud [SSA], 2006), pues se estima que por cada muerte atribuible a éstos se producen entre 10 y 20 intentos fallidos; sin embargo, no se dispone de datos confiables sobre su verdadero alcance (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004), por lo que es altamente probable que la frecuencia de intentos sea mayor (Mondragón, Borges & Gutiérrez, 2001). La diversidad en las fuentes de reporte, y el hecho de que en México la notificación de un intento no es obligatoria, da lugar a que se presente información contradictoria (Borges, Medina-Mora, Zambrano & Garrido, 2006), además de provocar la tendencia a evadir su registro a causa del estigma que genera en los ámbitos moral, legal y religioso (Hernández-Bringas & Flores-Arenales, 2011).

Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco & Nock (2008) obtuvieron información derivada del *Estudio sobre salud mental de los adolescentes*, realizado en el 2005,

en una muestra representativa de adolescentes entre 12 y 17 años de edad, habitantes de la Ciudad de México, y relacionada con la prevalencia y características de la ideación, plan y tentativa de suicidio según algunos factores demográficos y de riesgo. Encontraron que 11.5% de los jóvenes presentó ideación suicida y 3.1% tentativas de suicidio, encontrándose mayor riesgo suicida entre las mujeres; la edad de inicio de la conducta suicida era a los 10 años de edad, y a los 15 años el momento más crítico y peligroso en el riesgo suicida.

Por otro lado, las estimaciones de ideación y de tentativa suicida en la población escolar son relativamente recientes (González-Forteza & Andrade, 1995; González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón & Medina-Mora, 1998), y aunque hay mediciones en la República Mexicana, que se han realizado posteriormente para vigilar su tendencia, hasta el momento no son sistemáticas ni periódicas (Calvo, Sánchez & Tejada, 2003), y suelen no contar con recursos y estrategias metodológicamente comparables a nivel estatal y nacional. Esto ha generado que la congruencia en las definiciones conceptuales y operacionales entre los diversos estudios sea un criterio que en ocasiones limita la comparación para establecer tendencias, pues parten de definiciones conceptuales y operacionales diferentes.

Aun así, desde hace décadas se han realizado en la República Mexicana estudios en jóvenes estudiantes con diversos abordajes y objetivos. Sánchez-Loyo, Morfín, García, Quintanilla-Montoya & Hernández (2014) realizaron un estudio cualitativo en una muestra de adolescentes en un intervalo de edad entre 13 y 18 años, que habían tenido una reciente tentativa de suicidio (hacia aproximadamente 48 h) y fueron contactados a través de los Servicios Médicos Municipales de Guadalajara, Jalisco. El objetivo fue analizar el consenso cultural y la conceptualización que sobre el suicidio tienen adolescentes con tentativa suicida. Los resultados mostraron que solamente se observó un solo modelo cognitivo y de consenso cultural sobre las causas de las tentativas de suicidio. Los jóvenes identificaron los problemas familiares como la causa del intento suicida, y la depresión y la tristeza como síntomas previos al intento suicida. Manifestaron que el suicidio era la salida a sus problemas y enfatizaron la importancia de mejorar los lazos y redes de comunicación con los jóvenes.

Arenas-Landgrave, Lucio-Gómez & Forn (2012) evaluaron una muestra de estudiantes de bachillerato, entre 15 y 17 años de edad, que vivían en una zona con altos índices de violencia de la Ciudad de México, cuyo objetivo fue identificar las diferencias

en las características de personalidad de adolescentes resilientes y no resilientes ante el riesgo de suicidio. El estudio mostró que 16% había cometido uno o varios intentos de suicidio, y otro 16% presentó ideación suicida. Asimismo, desde una perspectiva clínica, sus resultados mostraron que los adolescentes no resilientes presentaron en mayor medida dificultades de tipo personal y síntomas físicos, de depresión, ansiedad, hipocondría, baja autoestima, sentimientos de tristeza, desesperanza e ideación suicida, así como resistencia al tratamiento y dificultad en la toma de decisiones, que los adolescentes resilientes. Los jóvenes resilientes no presentaron síntomas físicos o mentales; se mostraron socialmente expansivos y expresivos, gregarios, enérgicos y activos, y confiados de sí mismos, prudentes y con mayores recursos para la resolución de problemas.

Otro estudio reciente realizado por Hernández-Cervantes & Alejandre-García (2015), con 414 estudiantes de primer ingreso a la universidad en el estado de Michoacán, México, analizó factores de riesgo asociados a la conducta suicida, como el consumo de tabaco y alcohol, entre otros. Estos autores reportan que al utilizar las puntuaciones naturales de cada medición no se encontró correlación alguna entre las áreas que conforman el riesgo suicida con las de uso de tabaco, pero las categorías de fumador o no fumador consuetudinario son indicadores importantes, ya que el riesgo de malestar psicológico asociado al riesgo suicida y la ideación suicida es hasta tres veces mayor para los fumadores consuetudinarios. Con respecto al consumo de alcohol, esta asociación, aun cuando es menor, existe con el malestar emocional asociado al riesgo de suicidio, con depresión y desesperanza, así como algunas señales de alerta para el riesgo suicida, como son cambios significativos en el sueño o el apetito, dificultades importantes interpersonales, en la escuela o en la salud, entre otros; todos éstos reportados en la literatura con adolescentes estudiantes.

La frecuencia de conducta suicida en estudiantes de bachillerato del estado de Guanajuato es de 3.1% en los hombres y 10.7% en las mujeres, con una edad de primera o única vez a los 13 años (González-Forteza *et al.*, 2005). La mayor parte de la población entre 12 y 14 años (90%) está en la educación secundaria (la cifra nacional es 92%), y éste es el último nivel educativo con carácter obligatorio (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2010). Esto resalta la necesidad de trabajar con este segmento de la población desde este nivel para generar modelos de intervención que ayuden a prevenir la ocurrencia de la conducta suicida posterior.

El presente estudio tuvo tres objetivos: 1) medir la frecuencia de ideación suicida actual (últimas dos semanas), 2) medir la frecuencia de tentativa suicida alguna vez en la vida y 3) describir las características de la única/última tentativa suicida (número de tentativas suicidas, edad de la única/primer tentativa suicida, edad de la última tentativa suicida, motivos y métodos) en estudiantes de secundaria del estado de Guanajuato, comparando ello por sexo y edad la ideación actual y tentativas suicidas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se hizo un estudio transversal y *ex post facto*, con una muestra aleatoria de escuelas secundarias públicas (modalidades secundarias oficiales y telesecundarias), en 41 municipios del estado de Guanajuato; la medición se realizó en todos los municipios, excepto en cinco que no tenían escuela secundaria. La muestra se integró con 3249 estudiantes: 1579 hombres (48.6%) y 1670 mujeres (51.4%), con edad promedio de 13 años. Asimismo, la selección de los grupos en los que se realizó la medición en cada plantel fue aleatoria. Los datos los recabó un equipo de preventólogos, quienes estaban impartiendo un taller para la prevención de conductas de riesgo psicosocial, y quienes recibieron un curso de capacitación de 24 h para ser sensibilizados sobre el tema de la conducta suicida y para enseñarles el funcionamiento del instrumento.

Instrumento

Estuvo constituido por las siguientes escalas: a) Ficha de datos sociodemográficos. b) Escala de ideación suicida (Roberts & Chen, 1995) está integrada por cuatro reactivos en formato de respuesta tipo *Likert* para indagar sobre la presencia de cada pensamiento suicida durante la semana anterior. Opciones de respuesta: 0 = 0 días, 1 = 1 - 2 días, 2 = 3 - 4 días y 3 = 5 - 7 días; de modo que el rango teórico puede fluctuar de 0 a 12, donde a mayor puntaje mayor ideación suicida. Esta escala ha obtenido coeficientes de consistencia interna mayores a $\alpha = 0.80$ y validez estructural de un sólo factor en los diversos estudios de validación que se han realizado en población escolar de adolescentes mexicanos (Jiménez, Mondragón & González-Forteza, 2007). c) Cédula de Conducta Suicida (CCS) (González-Forteza *et al.*, 1998; González-Forteza & Jiménez, 2015; González-Forteza, Lira & Wagner, 2003). Está diseñada para registrar la tentativa suicida y sus características a partir de la pregunta: ¿alguna vez en tu vida te has cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, con

el fin de quitarte la vida? Se genera un indicador de letalidad con una pregunta sobre la intención de morir y se crean las siguientes clasificaciones: 1) intento suicida (acto autodestructivo con deseo explícito, consciente y volitivo de morir o dejar de vivir); 2) intento ambiguo (acto autodestructivo donde no importa si la persona muere o vive como consecuencia al mismo) y 3) autolesión (acto autodestructivo, pero que involucra el deseo explícito de seguir viviendo).

En este trabajo se analizan estas tres categorías de manera global, con el término *conductas suicidas* (CS), en tanto son conductas autodestructivas que implican el riesgo de morir, pues se sabe que hay individuos quienes aun deseando morir siguen vivos después del intento, y hay quienes se autolesionan sin el deseo de morir y utilizan las lesiones como una llamada de atención o una forma de manejo de emociones dolorosas, pero que en el intento pierden la vida (González-Forteza & Jiménez, 2015). Asimismo, se describen sus características: número de veces en la vida, edad de la única/primer vez, edad de la última vez, método utilizado y motivo de la única o última vez.

Procedimiento

Los datos fueron recabados por un equipo de encuestadores certificados y previamente capacitados en el manejo de aplicaciones grupales. Los cuestionarios se administraron en formato autoaplicable en los salones de clase, de manera grupal y con una duración promedio de 50 min. La información obtenida se analizó con el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS versión 15.0). Para la creación de la variable conductas suicidas se agruparon las respuestas al indicador de letalidad (quería morir, quería dejar de vivir, no me importaba si vivía o moría y quería seguir viviendo) para considerarlas de manera global.

Consideraciones éticas

Previa autorización de directivos escolares, la participación de los planteles en el estudio fue voluntaria; se mantuvo la confidencialidad en el manejo de los datos, se garantizó el anonimato y se ofreció información y apoyo a los estudiantes que reportaron problemática suicida. Por tratarse de adolescentes menores de edad, se llevaron a cabo sesiones de información con los padres y/o tutores para obtener su consentimiento de participación y para que los estudiantes y/o sus familiares que lo necesitaran recibieran también atención psicológica y apoyo profesional o canalización a instituciones de salud.

RESULTADOS

La ocurrencia de ideación suicida actual (durante las últimas dos semanas) sucedió en 8.4% ($n = 274$) de la muestra total, con una proporción significativamente mayor de mujeres (16.2%; $n = 4.22$; $p = 0.033$); la mayoría de los estudiantes que presentaron ideación suicida tenían 13 años de edad (31%) (tabla 1).

La ocurrencia de conducta suicida (tentativa) alguna vez en la vida se presentó en 12.4% ($n = 404$) de los estudiantes, con una proporción significativamente mayor en las mujeres ($n = 68.56$; $p < 0.001$, dos mujeres por cada hombre). La distribución de conductas (tentativas) suicidas por edad fue similar a la de ideación suicida, siendo los estudiantes de 14 años quienes mostraron más (34.2%), seguidos por los de 13 años (27.2%) y los de 15 años (18.8%) (tabla 2).

Tabla 1.
Frecuencia de ideación suicida actual (últimas dos semanas), por sexo y edad.

Muestra ($n = 3249$)	f	%
Hombres	83	7.1
Mujeres	191	16.2
Total	274	8.4
	$\chi^2 = 4.22$	$p = 0.033$
	f	%
< 12 años	54	19.7
13 años	85	31.0
14 años	74	27.0
15 años	43	15.7
16 años	11	4.0
> 17 años	7	2.6

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2.
Frecuencia de conducta suicida alguna vez en la vida, por sexo y edad.

Muestra ($n = 3249$)	f	%
Hombres	118	7.5
Mujeres	286	17.1
Total	404	12.4
	$\chi^2 = 68.56$	$p < 0.001$
	f	%
< 12 años	60	14.9
13 años	110	27.2
14 años	138	34.2
15 años	76	18.8
16 años	11	2.7
> 17 años	9	2.2

Fuente: Elaboración propia.

Características de la conducta suicida o tentativa de suicidio

Número de tentativas de suicidio en la vida. De los estudiantes con reporte de tentativas suicidas, 65.4% reportó haberlas tenido dos o más veces en su vida, cifra significativamente mayor de quienes las reportaron una única ocasión (34.6%; $\chi^2 = 11.7$; $p = 0.001$). Las mujeres reportaron un número significativamente mayor de tentativas suicidas en la vida que los hombres ($t = -7.5$, $p > 0.001$).

Edad. La edad promedio de la primera o única tentativa de suicidio en ambos sexos fue a los 12 (+2) años y para la tentativa de suicidio más reciente fue a los 13 (+1.5) años. Los hombres tuvieron su primera o única tentativa suicida significativamente antes que las mujeres (11 vs. 12; $t = -5.504$, $p > 0.001$); en tanto que la última se presentó más recientemente en las mujeres que en los hombres (13 vs. 12; $t = -4.746$, $p < 0.001$).

Métodos utilizados en la única o última tentativa de suicidio. Los métodos más usados en la muestra global fueron: intoxicación con drogas (60.1%), dejar de comer para dejar de vivir (34.9%) y tomar exceso de pastillas o medicamentos sin prescripción médica (23.3%). Al comparar los métodos por sexo, las mujeres utilizaron significativamente con mayor frecuencia la intoxicación por drogas ($\chi^2 = 65.4$, $p > 0.001$), dejar de comer ($\chi^2 = 32.4$, $p > 0.001$) y sobredosis de medicamentos ($\chi^2 = 34.8$, $p > 0.001$). Los hombres reportaron una frecuencia mayor de uso de armas de fuego, pero la diferencia no fue significativa.

Motivos atribuidos a la única o última tentativa de suicidio. Los motivos que más se reportaron fueron: los problemas familiares (45.8%), soledad, tristeza o depresión (42.3%), enojo o coraje (31.7%), incomprensión de la familia (31.7%), problemas con amigos (25.5%) y problemas con el novio(a) o pareja (23.3%). La comparación por sexo mostró proporciones significativamente más elevadas de mujeres en los problemas familiares ($\chi^2 = 32.1$, $p > 0.001$), en la conducta por enojo ($\chi^2 = 7.0$, $p = 0.008$), por sentirse solas o deprimidas ($\chi^2 = 34.9$, $p > 0.001$), por problemas con los amigos ($\chi^2 = 8.5$, $p = 0.004$), por incomprensión familiar ($\chi^2 = 56.6$, $p > 0.001$), por problemas con el novio o pareja ($\chi^2 = 17.9$, $p > 0.001$), por la muerte de un ser querido ($\chi^2 = 12.8$, $p > 0.001$), por violencia familiar ($\chi^2 = 4.9$, $p = 0.027$), por llamar la atención ($\chi^2 = 38.9$, $p > 0.001$) y por problemas en la escuela ($\chi^2 = 4.9$, $p = 0.026$).

DISCUSIÓN

La ideación suicida está estrechamente relacionada con los intentos de suicidio (Borges, *et al.*, 2009; Pérez-Amézcuca *et al.*, 2010). Los resultados de este estudio coinciden con otros donde se ha reportado que tanto la ideación suicida actual como los intentos (o tentativas) de suicidio se presentaron con mayor frecuencia en las mujeres; esta tendencia suele mantenerse en el nivel medio superior y superior (Chávez-Hernández, Pérez, Macías-García & Páramo, 2004; González-Forteza *et al.*, 2005). Con respecto a la ideación suicida actual y su relación con la edad, se observó que los estudiantes de 14 años presentaron proporciones más elevadas. También los de 13, 14 y 15 años, respectivamente, manifestaron una frecuencia más alta de tentativas suicidas alguna vez en la vida, por lo que es importante crear mecanismos de monitoreo para identificar estas problemáticas en edades tempranas, ya que ambas son factores de riesgo para un evento suicida.

Estos datos coinciden con lo que se ha reportado en estudios donde se ha visto que el rango de edad en que ocurren las primeras tentativas de suicidio está entre los 10 y 15 años (Borges *et al.*, 2008; González-Forteza *et al.*, 2002b), lo que indica que la mayor parte de la conducta suicida aconteció en los últimos años de educación básica (5° y 6° de primaria) o durante el transcurso del primer año de educación media o secundaria. Este hallazgo resalta la necesidad de capacitar a los profesionales encargados de atender la salud de los jóvenes, dado que en muchas ocasiones no cuentan con las herramientas para identificar casos en riesgo, aun cuando presenten problemas conductuales y de impulsividad (búsqueda de sensaciones y actuar sin pensar), y cuando los reconocen suele ser demasiado tarde al punto de requerirse intervenciones más costosas en varios sentidos (Giannetta *et al.*, 2012). De esto se deriva la importancia de trabajar con niños y adolescentes por medio de modelos para detección temprana y de intervención que ayuden a prevenir este problema, y con ello disminuir el riesgo suicida en los escolares adolescentes.

Las características de las tentativas suicidas en esta población muestran que fueron los hombres quienes las realizaron a edades más tempranas que las mujeres, pero ellas tuvieron más intentos que los hombres. Los datos también muestran que los adolescentes que realizaron una primera tentativa suicida, con frecuencia lo hicieron en más de una ocasión. Un estudio previo mostró que el promedio de tentativas suicidas reportado por hombres fue de 3 + 1, con un

rango de 2 a 5, mientras que en mujeres el promedio fue de 4 + 3, con un rango de 2 a 20 (González-Forteza *et al.*, 2005), lo cual corrobora que existe riesgo elevado de que dichas conductas persistan hasta etapas posteriores de vida, conllevando el riesgo de incrementar la letalidad de estas conductas hasta consumir el suicidio (Maris, 2002).

Las conductas suicidas en este periodo parecen estar relacionadas con la etapa del desarrollo que viven los adolescentes, la cual implica diversos ajustes psicosociales como los cambios psicosexuales, el ajuste a nuevos planteles educativos (educación secundaria), a una nueva estructura pedagógica (académica y disciplinaria), incluso a un reacomodo de las relaciones sociales (con autoridades, familiares y pares). Si los individuos se consideran a sí mismos como poco eficaces para enfrentarse a las demandas ambientales del micro-contexto en el que viven en este periodo (Bronfenbrenner, 1979; Pérez-Amézcuca *et al.*, 2010), es más probable que ocurran las conductas suicidas derivadas de la falta de recursos psicosociales, y es posible que éstas funcionen a modo de estrategia para evadir el conflicto o para dar solución al grado de sufrimiento que experimentan.

Los motivos que los adolescentes reportaron para realizar tentativas suicidas dan cuenta de la circunstancia que viven. Éstos aluden al inicio del desapego con el escenario familiar y el ingreso al contexto colectivo en donde la inadecuación inicial podría estar generando emociones poco positivas con los pares, inicialmente, y con las parejas. Los problemas en las relaciones familiares tienen un papel fundamental en el riesgo suicida, pero debe considerarse, además, el contexto micro y macro social donde se desenvuelven las familias de los adolescentes con riesgo suicida: ello coincide con lo reportado por Sánchez-Loyo *et al.* (2014) y Arenas-Landgrave *et al.* (2012). En este trabajo no se evaluaron otros aspectos psicosociales de la población, no obstante, existen datos en el sentido en que los principales factores de riesgo para las conductas suicidas, además del sexo y la edad, son el bajo nivel educativo, la escasez de recursos económicos, la psicopatología de los padres, las adversidades en la infancia (Borges *et al.*, 2010a) y la poca confianza en la comunicación hacia los padres (González-Forteza *et al.*, 2002b; Pérez-Amézcuca *et al.*, 2010). Sin embargo, cabe señalar también que la familia puede ser un factor de protección en tanto contribuya al bienestar emocional del adolescente y logre favorecer un desarrollo emocional que le permita adaptarse y hacer frente a las demandas de su contexto, por medio de relaciones de apoyo y entornos propicios para

la unión, la expresión de emociones y la reducción de dificultades en éstos (González-Forteza & Andrade, 1995; Rivera & Andrade, 2006).

La tristeza y el enojo aparecieron como motivos principales para las conductas suicidas en ambos sexos. Esto puede dar cuenta de las dificultades que tienen los adolescentes para manejar sus emociones de manera efectiva en esta etapa, que si bien por las características mismas del desarrollo (cambios fisiológicos) puede ser complicada, se han reportado asociaciones entre el manejo inadecuado de las emociones y la carencia de redes de apoyo social como factores de riesgo para la conducta suicida (Rivera & Andrade, 2006).

Es posible que los métodos empleados en las tentativas suicidas se relacionen con la accesibilidad, pues en el contexto mexicano es relativamente sencillo adquirir medicamentos sin prescripción médica. La privación de alimentos puede fungir como un medio para poner en riesgo la salud y la vida, así como síntoma de malestares emocionales y psicológicos de índole severa. En la población estudiada resaltó el hecho de que algunos estudiantes manifestaron como síntoma consciente el no tomar alimentos, por estar en sufrimiento emocional y buscar así la propia muerte, lo cual se diferencia también de la conducta de riesgo alimentaria, en la cual las personas pueden indicar como razón manifiesta el deseo de obtener la delgadez o bajo peso corporal. Resultados similares se han reportado en México en cuanto al uso de medicamentos (González-Forteza *et al.*, 2002b), y también en el caso de la privación de alimentos (Unikel-Santoncini, Gómez-Peresmitré & González-Forteza, 2006).

En los métodos se observó una diferencia en términos de contundencia; los hombres utilizaron algunos más violentos que las mujeres, como saltar de sitios elevados y el uso de armas de fuego. Esto ilustra la pertinencia de incorporar la perspectiva de género en el estudio y comprensión de la conducta suicida, para que los investigadores desarrollen modelos explicativos más completos y para que las estructuras y los profesionales de la salud implementen estrategias de atención más efectivas que consideren a los hombres y a las mujeres como agentes articulados con experiencias y creencias que están moldeadas a partir de específicas construcciones de género (Swami, Stanistreet & Payne, 2008).

Entre otras, una limitación del presente estudio es la muestra, pues a pesar de ser extensa no resulta representativa de los estudiantes del estado de Guanajuato, sobre todo de los jóvenes no escolarizados;

otra limitación del estudio, por no haberse realizado y que se sugiere en próximas investigaciones, es conocer y medir el impacto de factores psicosociales, como la percepción de la relación con los padres, el uso de redes sociales de apoyo o el manejo de emociones en población adolescente con riesgo suicida. Igualmente, es necesario continuar trabajando con esta población y sus familias por medio de modelos de intervención que incidan sobre la conducta suicida y su prevención. Además, debe considerarse la posibilidad de trabajar con una muestra representativa que permita extrapolar las estimaciones a la población del estado. Sin embargo, la aproximación tiene un valor intrínseco, dado que ofrece información fundamental para desarrollar estrategias más robustas y considerar algunos elementos para la creación de acciones de intervención universal, selectiva e indicada.

REFERENCIAS

- Apter, A. (2010). Clinical aspects of suicidal behavior relevant to genetics. *European Psychiatry*, 25, 257-9.
- Arenas-Landgrave, P., Lucio-Gómez Maqueo, E., & Forns, M. (2012). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 33(1), 51-74.
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., & Nock, M. (2008). Suicide Ideation, Plan, and Attempt in the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(1), 41-52. doi: 10.1097/chi.0b013e31815896ad
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J., & Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32(5), 413-425.
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., & Garrido, G. (2006). Epidemiología de la conducta suicida en México. En *Secretaría de Salud. Informe Nacional sobre Violencia y Salud* (pp. 205-236). México: SSA.
- Borges, G., Nock, M., Haro, J., Hwang, M. A., Sampson, N. A., Alonso, J., & Kessler, R. (2010a). Twelve-Month Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts in the WHO World Mental Health Surveys. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(12), 1617-28.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina-Mora, M. E. (2010b). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. México: Paidós.
- Calvo, J., Sánchez, R., & Tejada, P. (2003). Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista de Salud Pública*, 5(2), 123-143.
- Chávez-Hernández, A. M., Medina, M. C., & Macías-García, L. F. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud Mental*, 31(3), 197-203.
- Chávez-Hernández, A. M., Pérez, H. R., Macías-García, L. F., & Páramo, C. D. (2004). Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. *Acta Universitaria*, 14(3), 12-20.
- Durkheim, E. (1976). *El suicidio*. Madrid: Akal editor.
- Giannetta, M. M., Betancourt, L. M., Brodsky, N. L., Romer, D., Giannetta J. M., & Hurt, H. (2012). Suicidal Ideation and Self-Harm Behavior in a Community Sample of Preadolescent Youth: A Case-Control Study. *Journal of Adolescent Health*, 50, 524-526.
- González-Forteza, C., & Andrade Palos, P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18(4), 41-48.
- González-Forteza, C., Chávez-Hernández, A. M., Álvarez, M., Saldaña, A., Carreño, S., & Pérez, R. (2005). Prevalence of deliberate self-harm in adolescents students in Guanajuato State, México: Measurement: 2003. *Social Behavior and Personality*, 33(8), 777-792.
- González-Forteza, C., & Jiménez Tapia, A. (2015). Develar la problemática suicida: un compromiso para su prevención. Cédula de indicadores de riesgo suicida como instrumento de detección. En L. T. Morfin & L. A. M. Ibarra (Comp.). *Fenómeno suicida: un acercamiento transdisciplinar* (pp. 9-28). México: Manual Moderno.
- González-Forteza, C., Lira, L. & Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524-532.
- González-Forteza, C., Mariño, M. C., Rojas, E., Mondragón, L., & Medina-Mora, M. E. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la ciudad de Pachuca, Hgo., y su relación con el uso de sustancias y el malestar depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 15(2), 165-175.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Mariño, M. C., & Campuzano, E. (2002a). Vidas en riesgo: conducta suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 48(1-4), 74-84.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., Bermúdez, P., & Amador, N. (2002b). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25(6), 1-12.
- Gvion, Y., & Apter, A. (2012). Suicide and Suicidal Behavior. *Public Health Reviews*, 34(2), 1-20.
- Heilbron, N., Compton, J. S., Daniel, S. S., & Goldston, D. B. (2010). The problematic label of suicide gesture: alternatives for clinical research and practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41, 221-227.
- Hernández-Bringas, H. H., & Flores-Arenales, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de población*, 17(68), 69-101.

- Hernández-Cervantes, Q., & Alejandro-García, J. (2015). Relación entre riesgo suicida y uso de tabaco o alcohol en una muestra de universitarios. *Acta Universitaria*, 25(NE-2. Conducta Suicida), 47-51. doi:10.15174/au.2015.899
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2010). *Censo de Población y Vivienda 2010*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/Default.aspx>
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Jiménez, A., Mondragón, L., & González-Forteza, C. (2007). Self-esteem, depressive symptoms, and suicidal ideation in adolescents: Results of three studies. *Salud Mental*, 30(5), 20-26.
- McAuliffe, C.M. (2002). Suicidal Ideation as an Articulation of Intent: A focus for Suicide Prevention? *Archives of Suicide Research*, 6(4), 325-338. doi: 10.1080/13811110290114106
- Maris, R. W. (2002). Suicide. *Lancet*, 360(9329), 319-326.
- Mondragón, L., Borges, G., & Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24(6), 4-15.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS*. Ginebra: Comunicados de Prensa de la OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/#>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional*. Washington: OPS.
- Pérez-Amézcuca, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E. E., Castro, F., Leyva-López, A., & Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud Pública de México*, 52(4), 324-33.
- Rivera, H. M. E., & Andrade, P. P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 23-40.
- Roberts, E., & Chen, Y. W. (1995). Depressive symptoms and suicidal ideation among Mexican origin and Anglo adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(1), 81-90.
- Sánchez-Loyo, L. M., Morfín López, T., García de Alba García, J. E., Quintanilla-Montoya, R., & Hernández Millán, R. (2014). Intento de suicidio en adolescentes mexicanos: perspectiva desde el consenso cultural. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(1), 1446-1458.
- Secretaría de Salud (SSA) (2006). Desafíos para el sistema mexicano de salud. En *Salud: México 2001-2005* (pp. 152-153). México: Dirección General de Evaluación del Desempeño, SSA.
- Swami, V., Stanistreet, D., & Payne, S. (2008). Masculinities and suicide. *The Psychologist*, 2(4), 308-311.
- Unikel-Santoncini, C., Gómez-Peresmitré, G., & González-Forteza, C. (2006). Suicidal Behaviour and Psychosocial Correlates in Mexican women with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 14(6), 414-421.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A. & Joiner, T. E. Jr. (2010). The Interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117, 575-600.