



Vol. 24 No. 4

Diciembre de 2021

FAMILIA Y SU VINCULACIÓN CON EL INTENTO DE SUICIDIO EN ALUMNOS DE MEDICINA

Leticia Osornio Castillo¹, Victoria Mariel Reséndiz Morales², Laura Palomino Garibay³ y Andrea Witt González⁴

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

El suicidio en jóvenes se considera un problema de salud a nivel mundial. Los universitarios son un grupo de alta vulnerabilidad, quienes no sólo se enfrentan a los estresores cotidianos sino a las exigencias propias de una carrera, riesgo que parece ser mayor en aquellos de licenciaturas “difíciles” como es el caso de medicina. El objetivo fue analizar los aspectos asociados a la ideación y/o intento de suicidio en alumnos de medicina, fue de tipo cualitativa, participaron 20 alumnos de la carrera de médico cirujano de ambos sexos de la FESI-UNAM, que habían presentado ideación y/o al menos un intento de suicidio y que estaban en atención psicológica y/o psiquiátrica; a quienes se les aplicó un cuestionario. Se encontró que en más de la mitad de la población la ideación suicida está directamente relacionada con los problemas familiares. Los datos obtenidos nos dieron acceso a pequeños fragmentos de la historia de cada participante, situándolos sobre todo en un contexto familiar, que nos permitió reafirmar la influencia que tiene la familia como factor de riesgo; lo que nos lleva a la importancia de emplear estrategias de intervención tanto a nivel individual como familiar.

Palabras clave: ideación suicida, intento de suicidio, familiar, estudiantes, medicina.

¹ Profesora Titular B, carrera Médico cirujano, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, correo electrónico: letyosornio@iztacala.unam.mx

² Carrera Psicología Facultad de Estudios Superiores Iztacala, correo electrónico: resendizmariel64@gmail.com

³ Profesora Titular B, carrera Psicología, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, correo electrónico: lpalominog@campus.iztacala.unam.mx

⁴ Esp. Psiquiatría, carrera Médico cirujano, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, correo electrónico: andreaswittg@gmail.com

FAMILY AND ITS LINK WITH THE ATTEMPTED SUICIDE IN MEDICAL STUDENT

ABSTRACT

Suicide in young people is considered a health problem worldwide. University students are a highly vulnerable group, who not only face everyday stressors but also the demands of a career, a risk that seems to be greater in those with "difficult" degrees, such as medicine. The objective was to analyze the aspects associated with the ideation and / or suicide attempt in medical students. It was of a qualitative type, 20 students of the medical surgeon career participated of both sexes, from the FESI-UNAM, who had presented ideation and/or at least one suicide attempt and who were in psychological and/or psychiatric care; to whom a questionnaire was applied. It was found that in more than half of the population, suicidal ideation is directly related to family problems. The data obtained gave us access to small fragments of the history of each participant, placing them above all in a family context, which allowed us to reaffirm the influence of the family as a risk factor; which leads us to the importance of using intervention strategies both at the individual and family level.

Keywords: suicidal ideation, suicide attempt, family, students, medicine.

Según la Organización Mundial de la Salud (2019), el suicidio es una prioridad de Salud Pública puesto que, cerca de 800.000 personas se suicidan cada año y muchas más piensan o intentan hacerlo. Estas cifras son escalofriantes pero lo más relevante es que son desconocidas, es decir, no es un tema del que los medios de comunicación quieran hablar ni tampoco, las instituciones educativas.

A lo largo de la historia, el suicidio ha sido un fenómeno que ha estado presente en todas las culturas y sociedades, sin importar religión, clase social, raza, etc. (Medina, Herazo, Barrios, Rodelo y Salinas, 2017); y que ha sido abordado desde diferentes perspectivas, pues el tópico no constituye de ningún modo un asunto propio y exclusivo de alguna disciplina en particular (Ortega, 2018). Dado que como lo señaló la Organización Mundial de la Salud (OMS; como se citó en Rosales, Córdova y Escobar 2013) en el 2006, el suicidio es un fenómeno complejo, resultado de la interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales.

La palabra suicidio se deriva del latín *sui* (a sí mismo) y de *caedere* (matar) (Garduño, Gómez y Peña, 2011), y hace referencia al acto mediante el cual una

persona decide quitarse la vida. No obstante, Villardón (como se citó en Córdova, Rosales, Caballero y Rosales 2007) indica que el adjetivo *suicida* se aplica a una serie de comportamientos que no necesariamente concluyen con la muerte, pero que son provocados voluntariamente por el propio sujeto y cuya intención sería morir. En este sentido, la conducta suicida implica hablar no sólo de muerte por suicidio sino también de ideación e intento suicida.

Para Wenzel, Brown y Beck (como se citó en Toro, Grajales y Sarmiento, 2016), la ideación suicida se refiere a aquellos pensamientos, imágenes, creencias, voces u otras cogniciones reportadas por el individuo acerca de la intencionalidad de terminar con su propia vida. Rush y Beck (como se citó en Toro et al., 2016) afirman que estas ideas pueden responder al querer terminar con estados de angustia producidos por problemas o situaciones que se creen irresolubles e insoportables.

Por otra parte, el intento de suicidio es aquel acto que realiza un individuo de manera voluntaria y planeada con el objetivo de finalizar con su vida; en caso de no lograrlo queda como intento suicida fallido (Pérez; como se citó en Denis, Barradas, Delgadillo, Denis y Melo, 2017). Marchiori (como se citó en Alcántar, 2002) señala que el intento de suicidio en el que no se produce ningún daño físico está relacionado con diversos motivos, entre los que se encuentra que el intento puede llevarse a cabo sin decisión, el individuo desconocía los límites del medio-instrumento, ambivalencia frente al acto, entre otros.

La OMS (2018) refiere que el suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años; lo que equivale a un 1.8% de las disfunciones, así como a un suicidio cada 40 segundos y a 20 intentos por cada uno consumado.

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2018) reportó que en el 2016 ocurrieron 6 291 suicidios, representando así una tasa de 5.1 suicidios por cada 100 000 habitantes. Con respecto al sexo informó que, el 81.3% fueron cometidos por hombres mientras que el 18.7% fue por mujeres. Jiménez y Cardiel (2013) refieren que esto no significa que los hombres tengan una mayor ideación suicida o deseo de morir en comparación con las mujeres, sino que estas

diferencias las atribuyen al método que utiliza cada uno para cometer el acto, puesto que han identificado que los hombres tienden a utilizar métodos más eficientes como el ahorcamiento, en tanto que las mujeres recurren a métodos menos certeros como el envenenamiento o el ahogamiento; por tanto, si el auxilio es viable hay menos posibilidad de que el suicidio se consume.

De igual modo, el INEGI (2018) reportó que en los jóvenes de 20 a 29 años se presentaron las tasas más altas de suicidios, puesto que la tasa para el grupo de 20 a 24 años fue de 9.5 por cada 100 000 jóvenes y de 8.2 en jóvenes de 25 a 29 años. Por tanto, estaríamos hablando de una población que se encuentra en una etapa de adultez temprana o juventud, y que socialmente se esperaría que estuviera cursando la educación superior y/o inmerso en sus primeras experiencias laborales.

El suicidio en los adolescentes universitarios es uno de los fenómenos más difíciles de comprender ya que se trata de una etapa de la vida que por lo general se caracteriza por ser un tiempo de mucha ilusión y planificación hacia el futuro (Jiménez, 2008). Empero, Castaño et al. (2014) aluden que si bien la juventud es una etapa que algunos viven con gran intensidad, actualmente los jóvenes sufren de problemas como la depresión, que los puede llevar a desequilibrar su armonía y querer acabar con su vida. Autores como Gómez, Plascencia y Zamarrón (2005) indican que esta población presenta problemas emocionales relacionados con la frustración de metas, las relaciones interpersonales, la autoridad y la normatividad. A nivel nacional e internacional distintos autores han analizado el comportamiento suicida en esta población, encontrando datos de gran relevancia. En México, Córdova et al., en el 2007 aplicaron la Escala de Ideación Suicida de Beck a 521 estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) de la Universidad Nacional Autónoma de México; los resultados arrojaron que el 59.9% de esta muestra manifestó ideación suicida.

De forma similar, Micin y Bagladi (2010), exploraron la ideación suicida en 460 universitarios que acudían a un servicio de salud estudiantil e identificaron que 6.3% de los consultantes habían realizado un intento de suicidio en los últimos seis meses de consulta. En el 2011 Rosales y Córdova trabajaron con 317

estudiantes (164 hombres y 153 mujeres) de la Universidad Tecnológica “Fidel Velázquez” del Estado de México, a quienes aplicaron un instrumento denominado “Detección de Ideación Suicida en Jóvenes”. El porcentaje de presencia de ideación suicida en hombres fue de 13.4% y de 13.1% en mujeres.

Rosales, Córdova y Ramos (2012) también llevaron a cabo una investigación en la Universidad Tecnológica Emiliano Zapata del Estado de Morelos para identificar la presencia de ideación suicida en estudiantes universitarios. Los resultados mostraron que el 8.4% de los hombres y el 11.3% de las mujeres participantes presentaron ideación suicida; además, encontraron que el 5.7% de la población había tenido algún intento de suicidio (30% hombres y 70% mujeres). De la misma manera, Rosales et al., en el 2013 registraron la presencia de ideación suicida en una población de 475 estudiantes de la Universidad Tecnológica de Tlaxcala y encontraron la presencia de ideación suicida en cerca del 6% de la muestra sin diferencia entre sexos, donde aproximadamente 1 de cada 17 jóvenes universitarios presentan pensamientos suicidas.

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

Con base en lo anterior puede observarse que la población universitaria representa una comunidad de riesgo; ya Jara et al. (2008) ha señalado que el ingreso a la universidad trae cambios abruptos en la mayoría de los jóvenes universitarios por su exigencia en el ritmo de vida y la metodología de trabajo que emplean los docentes. En este sentido, los estudiantes no sólo deben enfrentarse a estresores de la vida cotidiana sino también a aquellos específicos de su carrera.

Del mismo modo, Jara et al. (2008) reportan que la carrera de medicina demanda en sus estudiantes una aplicación con las máximas exigencias, características propias de la profesión. A su vez, Denis et al. (2017) mencionan que los estudiantes de medicina se enfrentan a evaluaciones complicadas, altos niveles

de competitividad, cargas excesivas de trabajo, pocas horas de sueño e incertidumbre de saber que de su estudio dependerá en un futuro la vida o la salud de una persona; sin omitir el hecho de que en los períodos finales de preparación (internado de pregrado, servicio social y residencia médica) deben resistir jornadas de trabajo de hasta 36 horas seguidas sin dormir, a expectativas de resultados elevados e, incluso, a situaciones de maltrato físico, psicológico y académico.

Coffin, Álvarez y Marín (2011) mencionan que la carrera de medicina es catalogada como “difícil” por las características de la vida académica y los factores asociados a ella; ya que el estrés al que se ve sometido un estudiante de esta licenciatura durante su adiestramiento es obligatoriamente alto, por lo que algunas veces, las exigencias diarias pueden sobrepasar su capacidad de afrontamiento, lo que los vuelve susceptibles de presentar alteraciones en su salud mental, entre ellas la depresión. Lo que concuerda con diversas investigaciones (Ferrer, Barros y Hernández, 2011; Foulloux et al., 2013; Guerrero et al., 2013; Osornio, García, Méndez y Garcés, 2008; Pereyra et al., 2010; Soria, Ávila y Sandoval, 2015) que reportan niveles altos de depresión en esta población en comparación con otras carreras. Datos de gran relevancia debido a que la literatura señala que la depresión es una de las variables más asociadas con el suicidio, lo que significa que los estudiantes de medicina representan un grupo vulnerable para el desarrollo de conductas suicidas. En consecuencia, se vuelve importante la detección de factores de riesgo y protección que faciliten la elaboración de medidas preventivas en dicho colectivo.

Gómez et al. (2005) refieren que las áreas personal y social influyen significativamente en los síntomas presuicidas, lo cual indica que las relaciones con los pares, la familia y consigo mismo, causan un malestar importante en los jóvenes que los hace estar en riesgo de presentar conducta suicida. Domínguez, Betancourt y Cañas (2014) sugieren poner mayor énfasis en los factores familiares, dado que parecen ser estos los que tienen mayor peso en este tipo de comportamientos; pues en un estudio realizado por Andrade, Palos, Betancourt y Camacho (como se citó en Domínguez et al., 2014) en el 2003, se encontró que los adolescentes que no reportaron haber tenido intentos de suicidio presentaron

más apoyo, comunicación, apego y menos rechazo por parte de ambos padres en comparación con los que indicaron al menos un intento de suicidio. Asimismo, Blandón, Carmona, Mendoza y Medina (2015) han encontrado que las buenas relaciones con figuras significativas tales como padres y hermanos actúan como factor protector.

Jiménez y Cardiel (2013) consideran a la familia como fuente primaria de protección y bienestar para los individuos; sin embargo, también señalan que ésta representa un grupo social complejo con respecto a su estructura y dinámica; de ahí que si las relaciones afectivas dentro de la esfera familiar no son manejadas adecuadamente se pueden generar comportamientos negativos en los miembros de la misma. La familia representa un grupo social significativo para la mayoría de las personas, al ser con el que probablemente más interactúan durante los primeros años de vida, las relaciones que se formen dentro de esta y la calidad de las mismas jugarán un papel importante en el desarrollo personal de sus integrantes. Por tanto, la estructura y dinámica familiar está íntimamente ligada a nuestra estabilidad emocional; es por ello que, en el estudio del intento de suicidio, merece particular atención, desde luego por las repercusiones psicológicas que generan en el adolescente (Osornio, 1999).

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

Alcántar en el 2002 realizó un estudio con adolescentes y encontró que el 31.1% de los hombres y el 40.7% de las mujeres que intentaron suicidarse señalaron que su decisión se debió principalmente a motivos de índole familiar. Además, al comparar el grupo de estudiantes sin intento suicida con el grupo que intentaron suicidarse, se observó que éstos últimos percibían mayor hostilidad y rechazo por

parte de sus padres y menos comunicación en la familia. De igual manera, García del Alba, Quintanilla, Sánchez, Morfín y Cruz (2011) en entrevistas con 27 estudiantes de entre 13 y 18 años, hallaron que los adolescentes coinciden en que los problemas familiares son la causa más importante del intento suicida. Asimismo, Rosales et al. (2013) citan a los problemas familiares y a la mala relación con los padres como condiciones de vida negativas que incrementan el riesgo suicida.

Toro et al. (2016) también mencionan que la cohesión o unión familiar está estrechamente relacionada con las ideas suicidas de los jóvenes, es decir, en familias desunidas o con baja cohesión hay mayor ideación suicida, lo que representa un mayor riesgo suicida. De la misma forma, los problemas económicos en la familia han sido reportados como una variable asociada a la conducta suicida (Córdova et al., 2007; Rosales y Córdova, 2011; Rosales et al., 2012; Rosales et al., 2013). Por su parte, Vivo et al. (2013) consideran a las prácticas de crianza como un factor relevante, pues señalan que las prácticas parentales excesivamente duras o erráticas, así como actitudes de rechazo o frialdad se han relacionado con una reducida habilidad de autocontrol y una mayor adopción de comportamientos de riesgo en los niños y jóvenes. Finalmente, los antecedentes de intento de suicidio en familiares igualmente han sido reportados como factores de riesgo por autores como Castaño et al., 2014; Medina et al., 2017; y Rosales et al., 2013. Hidrobo (2015) indica que la historia previa de suicidio en la familia es un elemento de gran influencia, pues el joven podría sentir una identificación con familiares que hayan tenido comportamientos suicidas e, incluso, imitar tales conductas. Blandón et al. (2015) aluden que una posible identificación con alguien cercano que haya intentado suicidarse o, bien, que consume el hecho, incrementa la ideación en 2.8 y 3.8 veces respectivamente.

El fenómeno del suicidio es complejo, variante en sus causas y sus manifestaciones dependiendo del grupo etario, el género, la afiliación religiosa, el grupo étnico de pertenencia, entre otros aspectos. Dentro de las investigaciones en suicidología, se pueden clasificar metodológicamente dos grandes vertientes: la

de metodología cuantitativa con predominancia de estudios epidemiológicos y aquella que emplean metodología cualitativa o métodos mixtos.

Como se puede apreciar existe un predominio de investigación de corte cuantitativo en lo que a investigación sobre conductas suicidas se refiere, por lo que es evidente la necesidad de llevar a cabo más investigación desde una perspectiva metodológica cualitativa.

La investigación cualitativa se ocupa de la vida de las personas, está basada en la comunicación, en la recolección de historias, narrativas y descripciones de las experiencias de otros (Morse, 2005, como se citó en Vasilachis, 2006). Este tipo de indagación integra múltiples perspectivas, para algunos autores tensiones (Denzin y Lincoln, 1994) que construyen singularidades en tanto aspectos metodológicos, perspectivas teóricas y conceptos. Se sustenta en evidencias que se orientan más hacia la descripción profunda del fenómeno con la finalidad de comprenderlo y explicarlo a través de la aplicación de métodos y técnicas derivadas de sus concepciones y fundamentos epistémicos, como la hermenéutica, la fenomenología y el método inductivo (Sánchez, 2019).

La investigación cualitativa se interesa por la vida de las personas, por sus subjetividades, historias, experiencias, interacciones, por sus acciones y sentidos, interpretando a todas las personas de forma situada en el contexto particular en el que se desarrollan. A partir de esas realidades locales, intenta comprender los contextos y procesos que le dan origen, pero sin desvincularlos de estas situaciones particulares. El estudio de estas diversas experiencias sociales requiere de un diseño particular en su abordaje (Schenke y Pérez, 2019).

Un estudio cualitativo en forma requiere interpretación y dinamismo, además de implicar un tipo de actitud al investigar, donde cabe también el reporte de lo que el propio investigador genera con su papel, lo cual se considera fundamental en el trato con personas. Los estudios cualitativos, entonces, son todos los interesados en la exploración de la experiencia vivida y los significados que definen los participantes. Tienen diferentes posiciones en relación con la *epistemología, la reflexividad y la conciencia crítica del lenguaje* (Willig, 2001). De esta forma, el contacto con los participantes en un afán de comprender sus significados y en qué

circunstancias los construyen, es el tipo de investigación cualitativa que caracteriza esta revisión. Al respecto de la precisión del tipo de resultados que un estudio cualitativo debe producir y por qué esto es crucial en el estudio de la conducta suicida (Santana, Sánchez, Quintana y Blázquez, 2016).

La inductividad que caracteriza a las indagaciones cualitativas (que alude a la creación de conceptos, hipótesis, modelos y teorías a partir de casos empíricos), requiere de preguntas de investigación preliminares, enunciadas de la forma más general posible, que permitan modificaciones a lo largo del proceso (Mendizábal, 2006). A diferencia de las investigaciones cuantitativas más afines a diseños estructurados, las cualitativas requieren de diseños flexibles, que permitan al investigador la innovación permanente ante cualquier situación inesperada. En estos abordajes no existe un punto de partida, ni se procede con base a una secuencia de etapas lineales, es un ida y vuelta permanente. Estos diseños flexibles promueven la actitud abierta y creativa del investigador cualitativo, que debe estar atento a lo inesperado y propicio a modificar sus preguntas de investigación, sus formas de recolección y análisis, sus teorías. En concordancia con la investigación cualitativa, permite producir datos descriptivos a partir de entrevistas u observación directa, promueve el análisis no matemático, intentando captar reflexivamente el significado de la acción desde la perspectiva del propio sujeto, propicia la actitud naturalista, que interacciona con los sujetos en su propio ambiente, y permite abordar en forma holística situaciones sociales complejas (Mendizábal, 2006).

Por sus características, la metodología cualitativa es un recurso indispensable para la comprensión de la acción de quien se quita la vida y de las respuestas de las personas cercanas a alguien que intentó quitarse la vida o lo hizo. Este tipo de investigación se encuentra en discusión en el campo de la suicidología en los últimos años (Hjelmeland y Loa, 2010; Colucci, 2013) respecto a los métodos más indicados y el tipo de información que se produce conforme a su veracidad, contundencia y utilidad (Santana, Sánchez, Quintana y Blázquez, 2016).

A partir de lo anterior, surgió el interés por la presente investigación, a partir de su experiencia de aquellos que han presentado o están presentando pensamientos

de suicidio. Como menciona Garduño et al. (2011), vale la pena conocer y reflexionar en las causas que llevan a un joven a su autodestrucción, ya que en muchos casos los intentos de suicidio no se consuman, sin embargo, continúan en riesgo.

Son pocos los trabajos que ahondan al respecto, lo que limita la comprensión de este fenómeno como un acto individual, no en el sentido de excluir los factores familiares y sociales que lo permean, sino por el contrario, partiendo de que la decisión de atentar contra la propia vida surge de toda una historia personal llena de múltiples y complejas interacciones situadas en un tiempo y espacio determinado. Aunado a lo anterior, se reconoce que pesar de que existe una amplia literatura con respecto al tema del suicidio en México, Denis et al. (2017) señala el escaso análisis de esta conducta en estudiantes de medicina, lo que representa una cuestión relevante dadas las situaciones a las que se ven expuestos los alumnos de esta disciplina y los niveles de depresión que se han encontrado en los mismos; por tanto también fue importante abordar esta temáticas ya que estamos hablando de futuros profesionales de la salud, por lo que debe haber congruencia entre los servicios que ofrecerán a otras personas y el cuidado hacia su propia salud, sin omitir el hecho de que un descuido a la misma puede tener repercusiones en su desempeño, por ende investigaciones dirigidas a la prevención e intervención temprana de las conductas suicidas puede tener impacto en la salud de los estudiantes y en la de la sociedad en general. Es por ello que nos planteamos la interrogante de cuáles son los aspectos asociados al intento de suicidio en alumnos de la carrera de médico cirujano de la FESI-UNAM

OBJETIVO

- Analizar los aspectos asociados a la ideación y/o intento de suicidio de los alumnos de la carrera de Médico cirujano.

Objetivos específicos

- Indagar sobre la tipología y dinámica familiar de los estudiantes de Médico cirujano con antecedentes de ideación y/o intento de suicidio.

- Describir los intentos de suicidio en los estudiantes de la carrera de Médico cirujano.

METODO

Tipo de investigación y descripción de la muestra.

La presente investigación fue cualitativa de construcción a partir de las lógicas de sus protagonistas, con una óptica interna y rescatando su diversidad y particularidad (Galeano-Marín, 2004). La muestra fue por conveniencia, participaron 20 alumnos de la carrera de médico cirujano de ambos sexos de la FESI-UNAM, que habían presentado ideación y/o al menos un intento de suicidio y que estaban en atención psicológica y/o psiquiátrica.

Técnicas de obtención y tratamiento de datos.

Después de firmar un consentimiento informado, se les aplicó un cuestionario de datos generales, el cual fue diseñado específicamente para los fines de esta investigación: se conformó por preguntas abiertas que pretendían identificar datos generales (nombre, sexo, edad, estado civil y escolaridad) de los participantes, su estructura familiar, antecedentes de atención psiquiátrica y psicológica, situaciones problemáticas y de violencia en la familia, e intentos de suicidio tanto en familiares o personas cercanas como en el propio participante, así como aspectos relacionados con la manera o método(s) utilizado(s) y el motivo.

A los que accedieron, se les leyó un consentimiento informado que debían firmar, el cual incluyó el objetivo, la confidencialidad de los datos proporcionados y el derecho para poder retirarse de la investigación en cualquier momento. Posteriormente, se les aplicó el instrumento, esta aplicación tuvo una duración aproximada de 30 minutos por cada estudiante, y se llevó a cabo de manera individual dentro de uno de los cubículos de Aulas I y uno de los consultorios de la CUSI, ambos de la FESI-UNAM. Posteriormente los cuestionarios fueron transcritos y digitados. Se consideró un archivo individual de cada entrevistado; en todo momento se tuvo en cuenta el anonimato a través de la codificación de cada uno de los participantes.

Consideraciones éticas

La presente investigación se basó en los criterios de rigor de confiabilidad donde se le explicó a los participantes el objetivo de la investigación, alcances y limitaciones del estudio de relevancia ya que existió una correspondencia entre los objetivos planteados y los resultados encontrados además que se establece una nueva propuesta acerca del fenómeno estudiado (Noreña et al. 2012) y lo que dispone el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de la Función Pública, 1987) en sus artículos:

Artículo 14 y 16, fracción V, VII y VIII, se contó con el consentimiento informado y por escrito de los participantes, se protegió la privacidad y los datos se manejaron en forma confidencial.

Artículo 20, 21, fracción I y VII se contó con el consentimiento informado firmado por el participante y se le aclara que podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee, además se le explicó el objetivo del estudio.

RESULTADOS

Participaron 13 hombres y 7 mujeres, con un rango de edad entre 18 y 25 años. Cursaban de cuarto a octavo semestre de la carrera. Todos solteros.

Tipología Familiar

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

A partir de una clasificación de las familias en nucleares y extensas, donde a su vez las primeras pueden dividirse en parentales (padres-hijos) y monoparentales (madre/padre-hijos); se observó que, las familias extensas fueron menos frecuentes en esta población en comparación con las nucleares. Dentro de estas últimas, la estructura conformada por madre/padre y hermano/a(s) fue la más usual, seguida de aquella compuesta por madre, padre y hermano/a(s). Es decir que, las familias monoparentales fueron más comunes entre los estudiantes. Samy Mourni en el año 1991 (como se citó en Barón, 2000), encontró en una investigación que el 72% de los adolescentes con intentos de suicidio, uno o

ambos padres se encontraban fuera del hogar, más de la mitad tenían un parente que había reorganizado su vida con otra pareja; en las familias monoparentales el parente presente (generalmente la madre) trabajaba fuera del hogar.

Antecedentes de Atención Psicológica y/o Psiquiátrica

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

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

Violencia Familiar

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

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

1) Violencia física. Hace referencia al uso no accidental de la fuerza física y/o al uso de algún arma u objeto para provocar en otra persona algún dolor, daño o lesión, ya sea interna, externa o ambas; y que, incluso, puede causar su muerte. Dentro de esta categoría se agrupó a los estudiantes que recibieron violencia física durante su infancia, algunos de ellos reportan: “*Educación con golpes por llorar o no hacer caso*” [E2], “*Mi padre me golpeaba cuando tomaba y mi madre cuando mis calificaciones en la primaria y el kínder no eran favorables*” [E9], “*Mi madre era muy inestable emocionalmente y amenazaba con matarme y*

suicidarse, tenía problemas de alcoholismo, llegó a empujarme y golpearme” [E17].

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

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

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

De acuerdo con Morales et al. (2016), entre los factores que conllevan a la conducta suicida se encuentra el estar insertos en ambientes familiares con discordia, hostilidad y violencia. Las exposiciones frecuentes a cualquier tipo de violencia, los acontecimientos estresantes o traumáticos se asocian a las conductas suicidas, como señalan Suárez et al., (2018).

Con respecto al abuso sexual, Pérez, Martínez Viancha y Avendaño (2017), encontraron que las víctimas de abuso sexual por penetración, que participaron en su investigación, han tenido intento suicida; además, el 48% de las victimas presentan ideación suicida.

Problemas Familiares

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

1) Problemas en la comunicación, reflejándose en la poca interacción entre los miembros, la falta de asertividad y el escaso intercambio de información o la mala interpretación de la misma; lo que los lleva a constantes discusiones o peleas entre ellos... “*Mal entendidos, hostilidad, apatía*” [E3], “*Discusiones, peleas, creo falta de atención y comunicación...*” [E11], “*Falta de comunicación, desapego*” [E17], “*Falta de comunicación, existe machismo, evasión de hechos importantes*” [E18].

2) Seguido de los problemas en la comunicación se encuentran los problemas en el estado de ánimo y el control de emociones por parte de algún(os) miembro(s) de la familia. Dentro de esta categoría se englobaron aquellos casos en los que los alumnos reportan estados de ánimo inestables y el inadecuado manejo o expresión de emociones ya sea por parte de ellos o de algún familiar. Tal y como se observa en estas respuestas: “*Si hablamos de mi familia nuclear se trata de mi ‘rebeldía’, mis estados cambiantes de humor y a veces mi apatía*” [E9], “*Actualmente yo considero que son la forma en que mi mamá maneja sus emociones y como nos trata*” [E10], “*Mis padres cambian mucho de estado de ánimo y por ello arremeten contra personas que nada tuvieron que ver con el problema*” [E13], “*Enojos frecuentes*” [E16].

3) Rechazo familiar. Los participantes consideran haber sido rechazados por sus familiares. Las razones por las que se han sentido de esa manera se agruparon en tres subcategorías:

Falta de atención y/o comunicación. Es uno de los principales motivos por los que los participantes se han sentido rechazados por parte de un familiar. Esta categoría hace referencia a la escasa interacción verbal entre el estudiante y sus familiares, poca participación en actividades conjuntas y al sentimiento de rechazo que eso genera...: “*No siento el suficiente apoyo de*

su parte” [E18], “Porque antes no había comunicación familiar y yo me sentía ignorada” [E1], “Todo el tiempo parece que solo ellas dos (madre y hermana) conforman un equipo, mi papá siempre está solo en sus cosas y yo me quedo en la nada” [E10], “Mis padres evadieron el hecho del abuso y prefirieron ignorarlo” [E18].

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

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

Como se puede observar en la dinámica familiar se evidencia una relación directa entre la comunicación y las relaciones afectivas vinculados con la ideación o intento suicida; es decir, el romper vínculos afectivos y poseer una comunicación inapropiada, no asertiva o la ausencia de comunicación repercute en algunos integrantes de la familia, en tener pensamientos, intentos de quitarse la vida, en concordancia con lo reportado por González, Martínez y Ferrer (2017), Valadez, González, Martínez y Ferrer (2017) y Castro, Rangel, Camacho y Rueda (2010).

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

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

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

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

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

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

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

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

Antecedentes de Intentos Suicidas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En cuanto a los motivos por los que los participantes decidieron atentar contra su vida fueron integrados en cuatro categorías: problemas emocionales, depresión y desesperanza, problemas en las relaciones sociales y falta de apoyo social; considerando que la mayoría refirió más de uno, lo que apoya a la literatura sobre la multicausalidad de este fenómeno.

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

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

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

Por último, la falta de apoyo social representada por los sentimientos de soledad en los jóvenes y/o la percepción de una escasa atención o aceptación por parte de personas importantes para ellos: "...*No sentirme apoyada por nadie...*" [E1], "...*Falta de atención*" [E11], "...*Como detonador el rechazo de mis padres*" [E13], "...*Sentirme sola...*" [E18], "...*Al poco apoyo que siento por parte de mi familia y amigos*" [E19].

Cuando un integrante de la familia se siente rechazado, no escuchado, ni apoyado (Viveros y Arias, 2006) este siente baja autoestima, autoeficacia, autoconcepto y autoimagen que pueden crear dificultades en el desarrollo de las relaciones sociales y obstaculizar un acercamiento asertivo y empático entre los integrantes de la familia; además, en caso de llevar a cabo un intento suicida, la resignificación exitosa se torna lenta y poco suficiente, según Pavez, Santander, Carranza y Vera-Villarroe (como se citó en Morales et al., 2017).

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos indican que existe una relación entre la nula, inadecuada o poco asertividad en la comunicación y la ideación o intento de suicidio en los alumnos de la carrera de médico cirujano. Ardila y González (2019), consideran que la dinámica interna familiar y el comportamiento suicida, específicamente en dos de sus elementos, la comunicación y las relaciones afectivas disfuncionales que se dan dentro del grupo familiar, dado que la comunicación es uno de los principios esenciales para la creación del vínculo a la vez que es considerada una necesidad continua del ser humano.

Los datos obtenidos, indican que la mayoría de los participantes provienen de familias monoparentales, mismas que se reportan asociadas como factor de riesgo suicida similar a lo encontrado por Bella y Fernández (2013), Salazar, Caballero y Vázquez (2015). Carmona et al. (2010) y Cañón (2011) afirman que los miembros de familias separadas presentan mayor riesgo de conducta suicida, al mismo tiempo identifican que los problemas y el grado de disfunción familiar, son el principal precipitante de la conducta suicida.

Los alumnos de medicina con ideación suicida y/o intento de suicidio, manifestaron sentirse rechazados por algún familiar; lo que ha repercutido en su salud, su sentir y las acciones autodestructivas que han llevado a cabo. Esto además corrobora lo que autores como Alcántar (2002), García del Alba et al. (2011) y Rosales et al. (2013) han encontrado en relación a que los problemas familiares suelen ser el motivo principal por el que una persona intenta suicidarse. Lo cual también es congruente con lo encontrado por Andrade, Palos, Betancourt y Camacho (como se citó en Domínguez et al., 2014) en el 2003, quienes identificaron que los adolescentes que no reportaron haber tenido intentos de suicidio presentaron más apoyo, comunicación, apego y menos rechazo por parte de ambos padres en comparación con los que indicaron al menos un intento de suicidio. Asimismo, Blandón, Carmona, Mendoza y Medina (2015) hallaron que las buenas relaciones con figuras significativas tales como padres y hermanos actúan como factor protector.

Otro aspecto relevante son los diferentes tipos de violencia de la que han sido objeto: física, psicológica o sexual, como lo mencionado por Pérez, Martínez, Viancha y Avendaño (2017), quienes señalan que el abuso sexual por penetración y tocamientos está relacionado con la conducta suicida, tanto con el intento como con la ideación.

Otro dato relevante en torno al ámbito familiar son los antecedentes de intentos o muertes por suicidio en personas cercanas, lo que muestra que es un factor de riesgo significativo y que, por tanto, aquella población que ha perdido a un ser querido sin duda se vuelve un grupo vulnerable que requiere intervenciones de tipo preventivas, pues se desconoce la forma en cómo pueden interpretar dicho acontecimiento y las estrategias con las que cuentan para afrontarlo. Por lo que sería importante explorarlo en futuras investigaciones.

Es muy importante señalar que los alumnos que han intentado suicidarse, han reincidido, es decir, que volvieron a intentarlo hasta cinco veces más. ¿Qué sucede entre uno y otro intento para que la persona considere nuevamente esta alternativa?, dentro de este lapso, ¿la persona recibe algún tipo de atención psicológica o psiquiátrica?, ¿se enfrenta a nuevos estresores? Sin duda este dato

da apertura a ahondar al respecto en futuros trabajos que puedan arrojar más información que permita la elaboración de programas preventivos enfocados a esta población con antecedentes de intento de suicidio. .

Por otro lado, los datos en cuanto a los motivos de consulta por los que acudieron los alumnos a atención psicológica y/o psiquiátrica, es importante mencionar que pese a que se trata de servicios presentes en una institución educativa, ninguno de los participantes acudió por cuestiones escolares, esto no quiere decir que las razones por las que acuden no tengan repercusiones en su rendimiento como estudiantes, sino que por el contrario habla de cómo la vida universitaria se suma a una variedad de situaciones que viven los jóvenes y que no tendrían por qué ser ignoradas en su rol de estudiante. En este sentido, los resultados encontrados también pudieran ser de interés o utilidad para los docentes y trabajadores de instituciones educativas; ya que juegan un papel significativo en la prevención e identificación temprana. Por lo que valdría la pena recalcar lo que refieren Urrutia, Ortiz, Fouilloux, Ponce y Guevara (2014) sobre la importancia de sensibilizar a los profesores dentro de los cursos de formación docente sobre la salud mental de los estudiantes universitarios; y específicamente para la población en la que se centró este estudio, es lógico, que un profesional de la salud en su esfuerzo de promover, proteger y restaurar la salud de los pacientes, debe él mismo tener plena capacidad física, mental y social (Sindeev et al., 2019).

Finalmente, esta investigación evidencia la necesidad de seguir trabajando para disminuir las tasas altas que posicionan al suicidio como un problema de salud pública a nivel mundial y evitar que todo intento no se convierta en el primero de muchos más que un día pueden terminar en una muerte por suicidio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcántar, E. M. (2002). *Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar.* (Tesis de licenciatura). Facultad de Psicología, México, D.F.

- Aguilera, E., García M.A. y Cáceda G.S. (2016). La familia como determinante social del intento de suicidio en adultos jóvenes: una mirada desde la complejidad. *“Ciencia y Tecnología”*, 12 (1), 161-175.
- Ardila, S. y González, M. (2020). Comportamiento suicida: subjetividades en la dinámica interna familia. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 12 (1), 82-101.
- Barón, B. O. (2000). Adolescencia y suicidio. *Psicología desde el Caribe*, (6), 48-69.
- Bella, M. E., Fernández , R. A., & Willington , J. M. . (2010). Identificación de factores de riesgo en intento de suicidio en niños y adolescentes. *Revista Argentina De Salud Pública*, 1(3), 24–29.
- Blandón, O., Carmona, J., Mendoza, M. y Medina, O. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 19(5), 469-478.
- Castaño, J., Constanza, S., Betancur, M., Castellanos, P., Guerrero, J., Gallego, A. y Llanos, C. (2014). Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia sede Manizales. *Diversitas*, 11(2).
- Castro-Rueda. A., Rangel Martínez, A. M, Camacho, P. A. y Rueda-Jaimes, G. E. (2010). Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(4), 705-715.
- Carmona, A., Arango, C., Castaño, J., Escobar, J., García, C. Godoy, S., et al. (2010). Caracterización del intento de suicidio en una población ingresada a un hospital infantil de Manizales (Caldas, Colombia), 2000-2008. *Archivos de Medicina*, 10(1), 9-18.
- Colucci, E. (2013). Culture, cultural meaning(s), and suicide, en: E. Colucci y D. Lester. (Eds.), *Suicide and culture. Understanding the context*. Cambridge Hogrefe. pp.: 25-46.
- Coffin, N., Álvarez, M. y Marín, A. (2011). Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: un estudio piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 341-354.
- Córdova, M., Rosales, M., Caballero, R. y Rosales, J. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15(3), 17-21.
- Denis, E., Barradas, M., Delgadillo, R., Denis, P. y Melo, G. (2017). Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un meta

análisis. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo, 8*(15).

Domínguez, M., Betancourt, D. y Cañas. J. (2014). Control parental e intento de suicidio en adolescentes mexicanos. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales, 5*(2), 240-252.

Ferrel, R., Barros, A. y Hernández, O. (2011). Depresión y factores sociodemográficos asociados en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud de una universidad pública (Colombia). *Psicología desde el Caribe, 27*, 40-60.

Foulloux, C., Barragán, V., Ortiz, S., Jaimes, A., Urrutia, M. y Guevara, R. (2013). Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de medicina. *Salud Mental, 36*(1), 59-65.

García del Alba, J., Quintanilla, R., Sánchez, L., Morfín, T. y Cruz, J. (2011). Consenso cultural sobre el intento de suicidio en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología, 20*(2), 167-179.

Garduño, R., Gómez, K. y Peña, A. (2011). *Suicidio en adolescentes*. (Tesis). Asociación Mexicana de Tanatología, México, D.F.

Gómez, E., Plascencia, M. y Zamarrón, G. (2005). Percepción del riesgo suicida y otros problemas emocionales en una muestra de adolescentes de Aguascalientes. *Investigación y Ciencia, 13*(32), 29-36.

González, C., Criado-Morales, M., Araque, J., Cala, O., Smith-Hernández, B., Jiménez, M., Salazar-Serrano, T. y Sierra, S. (2011). Efectividad de la funcionalidad familiar de persona que ha intentado suicidarse. Funcionalidad familiar en intento de suicidio. *Revista Salud UIS, 43* (1)

Guerrero, J., Heinze, G., Ortiz, S., Cortés, J., Barragán, V. y Flores, M. (2013). Factores que predicen depresión en estudiantes de medicina. *Gaceta Médica de México, 149*, 598-604.

Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B.L., y Leenaars, A.A. (2012). Psychological autopsy studies as diagnostic tools: are they methodologically flawed?, *Death Studies, 36*(7), 605-626.

Hidrobo, C. Y. (2015). *Estado de investigación sobre el riesgo suicida en adolescentes y jóvenes latinoamericanos, en los últimos diez años*. Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades, Bogotá, Colombia.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (Datos nacionales)*. Recuperado de

https://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf

Jara, D., Velarde, H. Gardillo, G., Guerra, G., León, I., Arroyo, C. y Figueroa, M. (2008). Factores incluyentes en el rendimiento académico de estudiantes del primer año de medicina. ***Anales de la Facultad de Medicina***, 69(3), 193-197.

Jiménez, M. (2008). Conducta e ideación suicida en estudiantes universitarios. ***Revista Griot***, 1(4), 5-17.

Jiménez, R. y Cardiel, L. (2013). El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. ***Papeles de POBLACIÓN***, 77, 205-229.

Medina, A., Herazo, O., Barros, A., Rodelo, Y. y Salinas, L. (2017). Factores psicosociales asociados a la conducta suicida en adolescentes. ***Avances en Psicología***, 25(1), 49-57.

Micin, S. y Bagladi, V. (2010). Salud mental en estudiantes universitarios: incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. ***Terapia Psicológica***, 29(1), 53-64.

Morales, S. et. al. (2016). Vivencia-expresión de la rabia y razones para vivir en un grupo de pacientes chilenos con riesgo suicida. ***Revista Iberoamericana de Psicología y Salud***. 7, 60-68

Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., Maino, M., Armijo, I., Fischman, R., Núñez, C., Moya, C. y Monari, M. (2017). Intento e Ideación Suicida en Consultantes a Salud Mental: Estilos Depresivos, Malestar Interpersonal y Satisfacción Familiar. ***Psykhe***, 26(1), 1-14.

Organización Mundial de la Salud –OMS–. (2014). *Prevención del suicidio un imperativo gl.*

Organización Mundial de la Salud (2018). ***Suicidio***. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Ortega, G. M. (2018). ***Comportamiento suicida. Reflexiones críticas para su estudio desde un sistema psicológico***. Hermosillo, Sonora: Qartuppi.

Osornio, C. L. (1999). ***Caracterización de la personalidad de los adolescentes suicida***. (Tesis de maestría). Facultad de Psicología, México, D.F.

Osornio, L., García, L., Méndez, A. y Garcés, L. (2008). Depresión, dinámica familiar y rendimiento académico en estudiantes de medicina. ***Archivos de Medicina Familiar***, 11(1), 11-15.

- Pereyra, R., Ocampo, J., Silva, V., Vélez, E., Costa, A., Toro, L. y Vicuña, J. (2010). Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de Ciencias de la Salud de una universidad privada de Lima, Perú 2010. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(4), 520-526.
- Pérez. M. P., Martínez, L. C., Viancha, M. . y Avendaño B.L. (2017).Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá – Colombia. *Revista Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 13 (1).
- Rosales J. y Córdova, M. (2011). Ideación suicida y su relación con variables de identificación personal en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13(2), 9-30.
- Rosales, J., Córdova, M. y Escobar, M. (2013). Ideación suicida en estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Tlaxcala y variables asociadas. *Alternativas en Psicología*, 28, 20-32.
- Rosales, J., Córdova, M. y Ramos, R. (2012). Ideación suicida en estudiantes mexicanos: un modelo de relación múltiple con variables de identificación personal. *Psicología y Salud*, 22(1), 63-74.
- Sánchez, D., Muela, J. y García, A. (2014). Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes. *International Journal of Psychological Therapy*, 14(2), 277-290.
- Sánchez Flores, F. A. (2019). Fundamentos Epistémicos de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa: Consensos y Disensos. *Revista Digital De Investigación En Docencia Universitaria*, 13(1), 101-122.
- Santana, RA., Sánchez, LM., Quintan, R. y Padrós, F. (2016). Suicidiología de corte cualitativo en Latinoamérica: Revisión de métodos reportados en una década *Uaricha*, 13(30), 149-168.
- Salazar, y. M., Caballero R. J., Vázquez, E. (2015). Carácterísticas Clínicas de los Pacientes Adolescentes con Gesto e Intento Suicida en el Hospital Infantil del Estado de Sonora. *Bol Clin Hosp Infant Edo*, 32(2); 76-81.
- Schein, E. y Pérez, M.I. (2019). Un abordaje teórico de la investigación cualitativa como enfoque metodológico, *ACTA Geográfica, Boa Vista*, 12(30),227.
- Sindeev, A., Arispe, C. y Villegas, J. (2019). Factores asociados al riesgo e intento suicida en estudiantes de medicina en una universidad privada de Lima. *Rev Med Hered*, 30, 232-241.
- Soria, R. Ávila, E. y Sandoval, M. (2015). Estudio de género sobre depresión y consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de carreras del área de la

- salud y de otras áreas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 18*(2), 879-903.
- Suárez, Y., Restrepo, D. y Caballero, C. (2016). Ideación suicida y su relación con la inteligencia emocional en universitarios colombianos. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud, 48*(4).
- Toro, R., Grajales, F. y Sarmiento, J. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Arquichan, 16*(4), 473-486.
- Urrutia, M., Ortiz, S., Fouilloux, C., Ponce, E. y Guevara, R. (2014). El rendimiento académico en el primer año de la carrera de médico cirujano: modelo multivariado explicativo. *Gaceta Médica de México, 150*(3), 324-330.
- Vasilashis de Guialdino, I. (2006). Estrat estrategias de investigación cualitativa. Barcelona, Editorial Gedisa.
- Vivo, S., Saric, D., Muñoz, R., López, P., McCoy, S. y Bautista, S. (2013). *Guía para medir comportamientos de riesgo en jóvenes*. Banco Interamericano de Desarrollo.