

Artículo original

Factores de riesgo asociados al comportamiento suicida y su interpretación con teorías humanistas en estudiantes de enfermería

Gutiérrez-Campos M. de J.(1), Cabral-de la Torre M. del R.(1), Hernández-Esparza C.L.(1), Morales-Pérez F.(1), Martínez-Villagrán I.B.(2), Verduzco-Brambila I. A.(2).

(1) Docentes pertenecientes al Cuerpo Académico CA-665 Enfermería y su Práctica Profesional, UdeG.; (2) Docente de Departamento de Enfermería para la Atención, Desarrollo y Preservación de la Salud Comunitaria, UdeG.

Resumen

Antecedentes: El suicidio es un problema mundial propiciado principalmente por sentimientos como la frustración, pérdida de valores como la dignidad, el respeto a sí mismo y al prójimo. Los jóvenes universitarios se encuentran en una etapa “vulnerable” para el desarrollo de conductas de riesgo suicida, que implica profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, en gran medida generadoras de crisis conflictos y contradicciones. **Material y Métodos:** En un estudio transversal se incluyeron 2,624 estudiantes de enfermería donde se aplicó la Evaluación de Riesgo Suicida en Adolescentes (IRSA) conformado de 107 preguntas en 8 dimensiones del comportamiento suicida: factores de riesgo suicida no modificable, modificable, depresión-ansiedad, ideación suicida, factores precipitantes, creencias y protectores al suicidio. **Resultados:** La historia de intento suicida (HIS) se presentó en el 20% y 61% refirió tener ideación suicida. Los estudiantes con HIS tuvieron significativamente mayor frecuencia de factores de riesgo vs estudiantes sin HIS; la proporción de factores protectores fue significativamente mayor en aquellos sin HIS. La mayor frecuencia con HIS se mostró entre 20 a 25 años, en el sexo femenino y en las carreras presenciales. **Conclusiones:** Los resultados muestran que el comportamiento suicida en estudiantes de enfermería del CUCS, UDG, debe ser considerado un problema de salud pública; el enfoque humanista permite percatarnos de un vacío existencial y la carencia de un sentido de vida para enfrentar las demandas de la sociedad moderna que limitan el desarrollo del potencial humano para cubrir necesidades básicas de la convivencia humana y la autorregulación.

Palabras claves. Factores de riesgo, suicidio, comportamiento suicida, estudiantes, sentido de vida.

Abstract

Background: Suicide is a global problem caused mainly by feelings such as frustration, loss of values such as dignity, respect for oneself and others. University students are in a “vulnerable” stage for the development of suicidal behaviors, which implies profound biological, psychological and social transformations, largely generating crises, conflicts and contradictions. **Methods:** In a transversal study included 2,624 nursing students where the Suicide Risk Assessment in Adolescents (IRSA) was applied, consisting of 107 questions in 8 dimensions of suicidal behavior: non-modifiable suicide risk factors, modifiable suicide risk factors, depression-anxiety, suicidal ideation, precipitating factors, beliefs and protective of suicide. **Results:** The history of suicide attempts (SIS) was presented in 20% and 61% reported having suicidal behavior. Students with SU had significantly more risk factors than students without HIS; the proportion of protective factors was significantly higher in those without HIS. The highest frequency with HIS was shown between 20 to 25 years, in the female sex and in the face-to-face careers. **Conclusions:** The results show that suicidal behavior in nursing students at CUCS, UDG, should be considered a public health problem; The humanist approach allows us to notice an existential vacuum, and a lack of lives sense to meet the demands of modern society that limit the development of human potential to meet the basic needs of coexistence and human self-regulation.

Keywords. Risk factors, suicide, suicidal behavior, students, sense of life.

Introducción

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

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

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

Planteamiento del problema

El comportamiento suicida de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), consideran que es un problema de salud pública en todo el mundo.

La falta de acceso a la atención adecuada es uno de los factores que aumentan el estigma con el comportamiento suicida; el cual puede asociarse con la falta de conocimiento sobre el tema. Una de las formas de abordarlo es mediante programas educativos basados en la comunidad y dirigidos a grupos específicos de riesgo.

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

salud para la detección y manejo del comportamiento suicida (OMS/OPS, 2013).

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

- 250 mil suicidios anuales son de adolescentes y jóvenes menores de 25 años.
- 20 personas intentan suicidarse por cada una que lo consigue.

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

- El suicidio ocupa el lugar número 20 entre todas las causas de mortalidad en América.
- La mortalidad por suicidio es cuatro veces mayor en los hombres que en las mujeres.

Entre otros factores de riesgo asociados al suicidio en adolescentes para el desarrollo de una conducta suicida es la presencia de depresión, consumo de alcohol, drogas y un aspecto relevante podría ser la desesperanza para seguir viviendo (Ocampo R, 2009, Garlow J, 2008).

Todo lo anterior muestra que el suicidio en adolescentes es un grave problema de salud pública y que en gran medida puede ser prevenible, si se identifica el perfil de riesgo de los estudiantes y se interviene de manera efectiva en la modificación de los factores de riesgo.

Con base en lo anterior, se puede plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al comportamiento suicida en estudiantes de la carrera de enfermería del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara?

Justificación

La determinación del comportamiento suicida en estudiantes de la carrera de Enfermería del CUCS de la Universidad de Guadalajara (U de G), es esencial para elaborar y sustentar una propuesta que permita identificar, entender y explicar los factores que pueden prevenir, propiciar o evitar el intento o ejecución de un suicidio en una población tradicionalmente vulnerable a exposiciones externas e internas. Desde la perspectiva del desarrollo humano (Lafarga J, 1992), el fenómeno del suicidio podría ser explicado mediante una participación multidisciplinar y por el principio que considera que todo ser humano es capaz de promover su crecimiento; considera a la persona de manera integral y al mismo tiempo explica los mecanismos básicos para promover los valores como una responsabilidad individual y colectiva.

Es importante mencionar que no existe un registro de suicidio propio de la U de G y por tanto no se puede evidenciar la magnitud del problema en los estudiantes. Aunque, aún no se han documentado con una investigación rigurosa los factores de riesgo, ni de la frecuencia del suicidio en estudiantes de la U de G, datos empíricos muestran que los estudiantes (generalmente adolescentes) constituyen una población vulnerable y están expuestos a diversos factores de riesgo: drogadicción, tabaquismo y abuso de alcohol, ambiente escolar, falta de apoyo escolar, presencia de Bulling, inadecuado manejo de emociones, relaciones de pareja disfuncionales en el enamoramiento, embarazo no deseado, disfunción y falta de apoyo familiar, entre otros (Ocampo R, 2009, Garlow, 2008).

Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados al comportamiento suicida en estudiantes de la carrera de Enfermería del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

Marco conceptual del suicidio

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

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

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

La academia francesa de la lengua la incluyó en 1762 como "el acto del que se mata a sí mismo" y el Diccionario de la

Real Academia Española en la quinta edición publicada en 1817 con una etimología latina paralela a la de homicida, *Sui* (de sí mismo) y *Cadere* (matar) "Dícese del acto o de la conducta que daña o destruye al propio agente".

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

En 1980 Farberow acuña los conceptos de Conducta Autodestructiva directa (CAD) y Conducta Autodestructiva Indirecta (CAI) en la primera aglutina todas aquellas que suponen una conducta autolítica consciente e intencionada, se busque o no la muerte. Las CAI integrarían todas las conductas que Shneidman (1985) clasificó como "sub-intencionadas" para identificar aquellas muertes en las que el sujeto inconscientemente influye para acelerar su muerte.

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

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

ENFOQUES HUMANISTAS DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ADOLESCENTE

Frankl Viktor, 1946

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

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

Carls Rogers, 1980

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

Einstein, 2007

Maslow dirige su atención en la jerarquía de las necesidades establecidas: “se ha de lograr en primer lugar un estándar de vida satisfactoria y tan solo entonces se puede abordar la tarea de hallar una finalidad y un sentido a la vida” (Maslow, 1968); puesto que él creía que el ser humano se desarrolla a través de varios niveles, hacia su potencial completo. Unos cuantos alcanzan el nivel más alto del desarrollo y se le llama autorrealizados. Esta tendencia inherente del individuo por esforzarse a lograr la realización del propio potencial total, esa predisposición es a lo que él denomina “Actualización del sí mismo” (Maslow, 1968).

Perls, Sueños y existencia

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

En esta etapa los jóvenes están susceptibles a la búsqueda del sentido de vida fuera de la opinión de sus padres (Erickson, 1982) en donde la auto identificación emerge cuando los jóvenes eligen valores y gente a quienes ser leales, en lugar de limitarse a las elecciones de los padres. Para los adolescentes se vuelve muy importante confiar en ellos mismos.

FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES

Depresión

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

La combinación de los síntomas depresivos y comportamiento antisocial ha sido descrita como el antecedente más común del suicidio en los adolescentes (Pérez Barrero S, 2001). Casi las tres cuartas partes de aquellos que eventualmente se quitan la vida muestran uno o más síntomas de depresión y pueden sufrir de una enfermedad depresiva importante. Entre los síntomas más frecuentes observados en los adolescentes deprimidos están: tristeza, aburrimiento, tedio y fastidio, pérdida de los intereses y del placer en las actividades que anteriormente lo despertaban, trastornos del hábito de sueño, con insomnio o hipersomnia, intranquilidad, falta de concentración, irritabilidad, disforia, malhumor, pérdida de la energía para emprender las tareas cotidianas, sentimientos de cansancio y agotamiento, preocupaciones reiteradas con la música, libros, y juegos relacionados con el tema de la muerte o el suicidio, manifestar deseos de morir, sentirse físicamente enfermos, sin tener una enfermedad orgánica alguna. Incrementó del uso del

alcohol y las drogas, falta de apetito o apetito exagerado, conducta rebelde sin una causa que lo determine, expresar ideas suicidas o elaborar un plan suicida, planificar actos en los que no se calculen de forma realista, las probabilidades de morir, llanto sin motivo aparente, aislamiento social evitando las compañías de amigos y familiares, pesimismo, desesperanza y culpabilidad.

La depresión en sus diferentes manifestaciones clínicas, es el trastorno mental que con mayor frecuencia se asocia a la conducta suicida.

Trastornos de ansiedad

Se estima que los trastornos de ansiedad aumentan de 6 a 10 veces el riesgo de suicidio de la población en general, sin embargo, la tasa de suicidio en los trastornos de ansiedad es menor que en los depresivos. Se considera que en gran cantidad de casos el abuso del alcohol enmascara los trastornos de ansiedad (Téllez J, 2006).

Trastorno afectivo bipolar

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

Esquizofrenia

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

El consumo excesivo de drogas y alcohol también es frecuente entre los niños y adolescentes que cometen suicidio, se encuentra presente a menudo un patrón desadaptativo de consumo de sustancias, con consecuencias adversas, incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso y dañino, se asocian al consumo drogas se encuentran: cambios bruscos en amistades, en la manera de vestir y de hablar, utilizando la jerga propia de los toxicómanos, disminución del rendimiento académico y repetidas ausencias injustificadas a la escuela, sin que se conozca en qué ha empleado el tiempo, cambios en su comportamiento habitual en el hogar, tornándose irritables, aislados y sin deseos de compartir con el resto de la familia, hurtos en el propio domicilio, o en el de otros familiares, amigos o vecinos para venderlos y adquirir el dinero con que comprará la droga, robo de dinero a los padres o les mienten sobre supuestas compras de artículos deseados pero inexistentes, cambios en los horarios de las actividades, predominando las que realiza en horarios

nocturnos, señales de quemaduras en las ropas, manchas de sangre, señales de pinchazos en antebrazos o resto de drogas en los bolsillos (Shaffer y Pfeffer, 2001).

La incidencia de alcoholismo en general es del 10% y el riesgo de suicidio en la vida de los pacientes de este tipo se estima en 15%, cifra similar en los trastornos afectivos (Téllez J, 2006).

Cuando se asocian depresión y alcoholismo, el riesgo de suicidio es de 75 a 80 veces mayor que el de la población general, es un importante predictor de suicidio.

Trastornos de la alimentación

En los enfermos con trastorno del comportamiento alimentario son frecuentes los suicidios y las conductas parasuicidas, especialmente relacionados con altos niveles de impulsividad, lo que es más común en la bulimia y en los cuadros de anorexia del tipo purgativo. Se sugiere que puede existir en estos casos una alteración en la biodisponibilidad de la serotonina, neurotransmisor que se relaciona con el comportamiento impulsivo, la conducta suicida y los trastornos de alimentación. (Téllez, J. 2006).

Material y métodos

Estudio transversal por censo, se estratificó a la población de estudio por grupos y niveles educativos cursados en la Escuela de Enfermería de la U de G. Posterior a la lectura y firma del consentimiento informado por escrito, se aplicó un instrumento para evaluar el riesgo suicida en los participantes [Instrumento de Evaluación de Riesgo Suicida en Adolescentes (IRSA)].

Selección de la muestra

Se invitó a participar al 100% de los estudiantes de la Carrera de Enfermería, Licenciatura en Enfermería y Licenciatura en Enfermería Modalidad Virtual. 1).

Análisis estadístico

Se estableció el riesgo suicida con base en la presencia de antecedentes de conducta con o sin intento suicida. Para la comparación entre los grupos con y sin intento suicida se realizaron mediante la prueba *t* de Student para muestras independientes en el caso de variables nominales y en la comparación de variables nominales se utilizará la prueba *Ch*².

Se establecieron categorías de riesgo mediante la distribución por cuartiles en cada una de las dimensiones y se comparó la distribución de las dimensiones del riesgo suicida de acuerdo a cada una de las categorías establecidas [(sin riesgo (percentil 1 al 25), riesgo leve (percentil 26 al 50), moderado (percentil 51 al 75) y alto (>

percentil 75)] y la distribución porcentual de cada una de las dimensiones evaluadas agrupadas por nivel de riesgo suicida. Se aceptó un valor $p < 0.05$ como significativo.

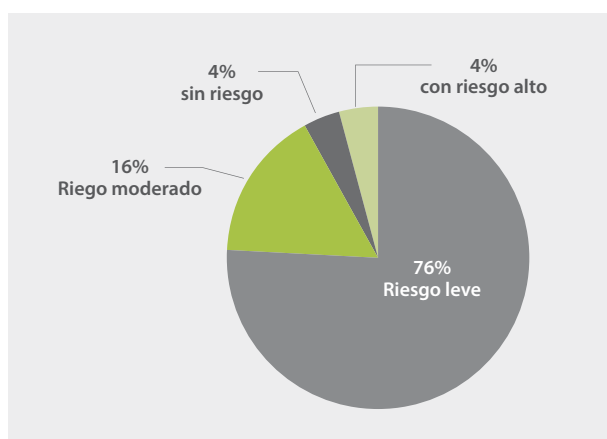
Adicionalmente, la discusión de los resultados fue interpretados desde el enfoque humanista por dos expertos en desarrollo humano.

Resultados

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

La distribución del riesgo porcentual de acuerdo con la clasificación en categorías: sin riesgo, riesgo leve, riesgo moderado y riesgo alto en la población de estudio. Se puede observar que el 96% de la población mostró algún nivel de riesgo y pocos pacientes fueron clasificados sin riesgo de suicidio (Gráfico No.1)

Gráfico 1.
Distribución porcentual del riesgo en la población de estudio



Se muestra la estimación del riesgo suicida de los participantes que respondieron positivamente la pregunta ¿He intentado suicidarme alguna vez? En un 20%. (Cuadro No. 1)

Cuadro 1.

Comparación de las características generales de la muestra de acuerdo a la historia personal de intento de suicidio.

Variable	CON HIS	SIN HIS	P
N (%)	513 (20)	2044 (80)	
Edad años	24 ± 5	22 ± 4	<0.0001
Sexo			
Femenino	439 (85)	1571 (78)	<0.0001
Perfil de ingreso, N (%)			
LE	242 (47)	1107 (54)	<0.0001
LEV	10 (2)	241 (12)	
EB	248 (48)	630 (31)	
EBV	13 (2)	66 (3)	
Lugar de origen, N (%)			
Guadalajara, Jal.	436 (85)	1614 (79)	0.007
Zapopan, Jal.	23 (4)	133 (6)	
Tlaquepaque, Jal.	12 (2)	72 (3)	
Tonalá, Jal.	7 (1)	79 (4)	
Otros	35 (7)	146 (7)	
Grado de escolaridad			
1er. Semestre	60 (12)	288 (17)	<0.0001
2do. Semestre	65 (13)	233 (13)	
3er. Semestre	43 (9)	267 (15)	
4to. Semestre	40 (8)	212 (12)	
5to. Semestre	34 (7)	180 (10)	
6to. Semestre	55 (11)	190 (11)	
7mo. Semestre	14 (3)	130 (7)	
8avo. Semestre	72 (15)	63 (4)	
Prestadoras de SS	107 (22)	165 (9)	

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

Fuente: Elaboración de los autores

En promedio las participantes en el grupo con antecedente de intento de suicidio fueron 2 años más jóvenes, la proporción de mujeres fue significativamente mayor, la proporción de estudiantes que cursan EB fue significativamente mayor, seguidas de LE y menores proporciones en LEV y EVB y predominantemente de la Zona Metropolitana de Guadalajara en comparación con el grupo de participantes sin antecedente de intento de suicidio; con respecto al nivel cursado se observó que las mayores proporciones fueron en los niveles más avanzados: casi un cuarta parte de las alumnas en servicio social, seguidas por las que cursan el 8avo semestre, un poco más del 10% por las que participan el 1ero, 2do y 6to semestre, estas diferencias fueron significativamente diferentes (Cuadro No. 2).

Cuadro 2.
Comparación de los factores de riesgo no modificables en el comportamiento suicida.

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

Abreviaturas: CON HIS: con historia personal de intento de suicidio; SIN HIS: sin historia personal de intento de suicidio. *Alfa de Cronbach* 0.754

Fuente: Elaboración de los autores

Con relación a factores de riesgo no modificables fue significativamente mayor en el grupo con antecedente de intento de riesgo suicida en comparación con el grupo sin antecedente de intento suicida. La proporción de participantes que respondieron afirmativamente en todas

las preguntas fue significativamente mayor en el grupo con antecedente de intento de riesgo suicida, excepto en las siguientes dos preguntas ¿Cuento con el apoyo de mi familia? y ¿Tengo amigos con quien apoyarme? (Cuadro No. 3)

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

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

Abreviaturas: CON HIS: con historia personal de intento de suicidio; SIN HIS: sin historia personal de intento de suicidio. *Alfa de Cronbach* 0.477

Fuente: Elaboración de los autores

En el cuadro No. 4, se muestra la comparación de respuestas de las preguntas que corresponden a la dimensión de factores de riesgo de ideación suicida por grupos. La proporción de participantes que

respondieron afirmativamente en todas las preguntas fue significativamente mayor en el grupo con antecedente de intento de riesgo suicida en comparación con el grupo sin antecedente personal de intento suicida, excepto por la siguiente pregunta: ¿He escrito cartas de despedida por si deseo acabar con mi vida?

Cuadro 4.
Comparación de los factores de riesgo de ideación suicida.

Variable	CON HIS	SIN HIS	p
¿He pensado en un plan o método para matarme?	310 (61)	270 (13)	<0.0001
¿Últimamente he estado pensando en hacerme daño?	198 (42)	219 (11)	<0.0001
¿A menudo tengo deseos de morirme?	212 (41)	270 (13)	<0.0001
¿He pensado en el método de hacerme daño?	296 (58)	326 (17)	0.16
¿He escrito cartas de despedida por si deseo acabar con mi vida?	141 (27)	500 (24)	<0.0001
¿He buscado métodos para matarme en revistas, internet y otros medios?	151 (32)	303 (15)	<0.0001
¿Me he expuesto a situaciones que me ponen al borde de la muerte?	202 (42)	468 (23)	<0.0001
¿Hablo frecuentemente de la muerte o de los deseos de estar muerto?	199 (42)	249 (12)	<0.0001
¿Tengo acceso a armas de fuego?	197 (41)	440 (22)	<0.0001
¿Cuándo me enojo, me corto o hago cosas que me dañan?	215 (45)	368 (18)	<0.0001
¿He pensado alguna vez que lo mejor sería estar muerto?	232 (49)	457 (23)	<0.0001

Abreviaturas: CON HIS: con historia personal de intento de suicidio; SIN HIS con historia personal de intento de suicidio. *Alfa de Cronbach 0.754*

Fuente: Elaboración de los autores

Cuadro 5.
Comparación de los factores de riesgo precipitantes.

Variable	CON HIS	SIN HIS	p
¿Algún amigo o familiar cercano murió recientemente?	280 (55)	575 (28)	<0.0001
¿Recientemente perdí a alguien que quería mucho?	249 (49)	725 (35)	<0.0001
¿Con frecuencia me siento muy confundido?	263 (55)	575 (29)	<0.0001
¿Estoy muy dolido porque terminé mi relación de pareja?	283 (60)	455 (23)	<0.0001
¿Me agreden verbal o físicamente en el lugar donde estudio o trabajo?	189 (40)	215 (45)	<0.0001
¿Mis compañeros de estudio o trabajo me hacen la vida imposible?	218 (46)	398 (20)	<0.0001
¿Últimamente he tenido muchos problemas con mi familia?	197 (41)	384 (19)	<0.0001
¿Me he sentido humillado y solo, en el lugar donde trabajo?	328 (44)	393 (20)	<0.0001
¿Recientemente terminé mi relación de pareja?	268 (52)	495 (25)	<0.0001
¿Actualmente estoy muy molesto con alguien muy especial para mí?	216 (42)	706 (35)	<0.0001
¿He sufrido una experiencia traumática recientemente?	225 (44)	502 (25)	<0.0001
¿Sufro de alguna enfermedad que me angustia o me desespera constantemente?	253 (49)	432 (21)	<0.0001
¿Alguna vez he pensado en hacerme daño luego de terminar una relación de pareja?	109 (20)	447 (22)	<0.0001
¿He tenido problemas con mi preferencia u orientación sexual?		279 (13)	<0.0001
		366 (18)	0.35

Abreviaturas: CON HIS: con historia personal de intento de suicidio; SIN HIS: sin historia personal de intento de suicidio. *Alfa de Cronbach 0.888*

Cuadro 6.
Comparación de los factores protectores al suicidio

Variable	CON HIS	SIN HIS	p
¿Soy una persona valiosa?	246 (48)	1532 (75)	<0.0001
¿La mayoría de la gente me aprecia?	225 (44)	1638 (80)	<0.0001
¿Hay gente que se interesa por mí y por lo que me pasa?			
¿Siento que la vida vale la pena?			
¿Tengo amigos con quienes contar?	252 (49)	1719 (84)	<0.0001
¿Siento que puedo confiar en las personas de mi familia?	225 (44)	1517 (74)	
¿Tengo planes para el futuro?	303 (59)	1564 (77)	<0.0001
¿Me extrañarían, si yo faltó?			<0.0001
¿La mayor parte del tiempo me siento bien?	284 (56)	1684 (82)	
¿Pienso que soy capaz de hacer casi todo lo que me propongo?	312 (61)	1600 (78)	<0.0001
¿Si me siento mal busco a alguien que me escuche y me ayude?	135 (28)	1531 (76)	<0.0001
¿Formo parte de algún grupo u organización de jóvenes?	311 (65)	1563 (78)	<0.0001
	226 (48)	1618 (80)	<0.0001
	242 (51)	1364 (68)	<0.0001
	202 (42)	504 (20)	<0.0001
			<0.0001

Abreviaturas: CON HIS: con historia personal de intento de suicidio; SIN HIS con historia personal de intento de suicidio. *Alfa de Cronbach 0.886*

Fuente: Elaboración de los autores

Se muestra la comparación de las respuestas de las preguntas que corresponden a la dimensión de factores de riesgo precipitantes. La proporción de participantes que respondieron afirmativamente en todas las preguntas fue significativamente mayor en el grupo con antecedente de intento de riesgo suicida en comparación con el grupo sin antecedente personal de intento suicida, excepto por la siguiente pregunta que no mostro diferencia significativa. ¿He tenido problemas con mi preferencia u orientación sexual? (Cuadro No. 5).

En el cuadro No. 6, se muestra la comparación de respuestas de las preguntas que corresponden a la dimensión de factores protectores al suicidio. La proporción de participantes que respondieron afirmativamente en todas la preguntas fue significativamente mayor en el grupo sin antecedente de intento de riesgo suicida en comparación con el grupo con antecedente personal de intento suicida, excepto por la siguiente pregunta que no mostró diferencia significativa. ¿Formo parte de algún grupo u organización de jóvenes?

Conclusiones

- El presente estudio muestra por primera vez que el riesgo de suicidio es alto en la población de estudio y que debe de ser considerado como un problema de salud que no ha sido suficientemente advertido.
- La distribución porcentual del riesgo alto es del 4% vs la frecuencia de intento previo del 20%, lo que sugiere que es probable que la intención suicida se distribuya en toda la población de estudio (sin riesgo, riesgo leve, moderado y alto).
- Los participantes más jóvenes presentaron mayor frecuencia de intento previo de suicidio.
- Las estudiantes de las carreras de presencial y aquellas con los niveles escolares superiores y en servicio social presentaron mayor frecuencia de intento previo de suicidio.
- La distribución por grupo de edad y sexo, mostró que la mitad de los hombres presentó intento previo de suicidio y 40% de las mujeres en las edades de 20 a 25 años; mientras se observó que una tercera parte en las edades de 16 a 20 años presentó el antecedente de intento previo de suicidio.
- Desde la perspectiva del enfoque centrado en la persona es necesario establecer programas de escrutinio y prevención de suicidio en estudiantes de la carrera de enfermería del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

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

Responsable de correspondencia:

Dra. Ma. del Refugio Cabral de la Torre

Integrante del Cuerpo Académico CA-665 Enfermería y su Práctica Profesional, UdeG.

Tel. 1058 5285. Sierra Mojada 950. Edificio E, planta baja, C.P. 44340, correo electrónico: ma.cabral@academicos.udg.mx

Fuente de financiación: Recursos propios

Conflicto de intereses: Sin conflicto de intereses

Referencias bibliográficas

1. Ardilla-Herrero A, (2013). Associations between emotional intelligence, depression and suicide risk in nursing students.
2. Borges G, 2010. Psychiatric disorders, comorbidity, and suicidality in Mexico. *J Affect Disord* 2010; 124: 98-107. Doi:10.1016/j.jad.2009.10.022.
3. Clemente, M. González, A. (1996). Suicidio una alternativa social. Madrid España: Biblioteca Nueva S.L.
4. Einstein, 2007. Sobre el humanism. Piados, México, DF.
5. Erikson, Erik H. 1950. "Youth and American Identity". Disponible en: <http://mills-soc116.wikidot.com/notes:erikson-youth-and-identity>
6. Erickson TB, 1982 Chronic phencyclidine abuse and physical assault. *Am J Psychiatry*. 1982 Dec; 139 (12):1604-6.
7. Espinoza-Gómez, 2010 Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes *Fan AP* 2012 Sep; 41(3):377-82. Suicidal ideation in medical students: who is at risk?
8. González-Forteza, (1997). Indicadores Sociodemográficos de riesgo de estrés psicosocial en los estudiantes de educación media y media superior en la República Mexicana.
9. Garlow J, 2008. Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American foundation for suicide prevention college screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety* 2008; 25: 482-488.
10. Lafarga J, 1992, Desarrollo del potencial humano. Ed. Trillas, México DF, 2003.
11. Lafarga J, 2013. Desarrollo del humano. El crecimiento personal. Ed. Trillas, México, DF.
12. Maddi 1989 I, Ritner M. Validación de la escala informatizada de riesgo de suicidio, un instrumento de red neural de retropropagación (CSRS-BP).
13. Maslow Abraham H, (1968). *Toward A Psychology of Being*, Second Edition, NY, EU.
14. Maslow, Abraham H. (2008). *Hacia una Biología Humanista*. (9ª Ed.). La Personalidad Creadora (pp. 21 – 44). España: Kairós.
15. Montes Sosa, Gabriel & Montes Villegas, Francisco. (2009). El pensamiento social sobre el suicidio en estudiantes de bachillerato. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. <http://redalyc.uaemex.mx> (accesado el 29/09/2013)
16. Ocampo R, 2009. Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006.
17. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. para la Prevención del Suicidio: En las Américas cada año se quitan la vida más de 60 mil personas. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8987%3Asuicide-claims-more-than-60000-lives-yearly-in-the-americas-&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=es (accesado, 29/09/2013)
18. Pérez Barrero, S (1996). "Factores de riesgo suicida en la adolescencia." *Rev. Psiquiátrica del Uruguay*, Año LX. N0 11.
19. Perls, Fritz 1956 Sueños y existencia
20. Pokorny, A.D. (1986). *A Scheme for Classifying Suicidal Behaviors*. En: Beck, A.T., Resnik, H.L. y Lettieri, D.J. (Ed.). *The Prediction of Suicide*. Philadelphia: The Charles Press.
21. Shaffer. D, Pfeffer C. (2001). Parámetros Prácticos para la Evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes con Comportamiento Suicida. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Octubre Volumen 65 N° 2.
22. Shaffer D, (1996) Parámetros Prácticos para la Evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes con Comportamiento Suicida. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*.
23. Shneidman ES, (1985). *Definition of suicide*. New York: Wiley.
24. Shneidman ES, (1973). *Suicide*. En: Villardón Gallego, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.
25. Stringer B, 2013 Apr 25. pii: S0165-0327(13)00224-3. Doi: 10.1016/j.jad.2013.02.038 recurrent suicide attempts in patients with depressive and anxiety disorders: The role of borderline personality traits.
26. Téllez J, Forero J. (2006) Suicidio. *Neurobiología, Factores de Riesgo y Prevención*.
27. Villardón Gallego, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.