

CONDUCTA SUICIDA EN JOVENES MEXICANOS

Autores: Albert Junior González Cruz * , Ma. del Rocío Figueroa Varela*, Ma. de los Dolores Valadez Sierra**

*Universidad Autónoma de Nayarit, ** Universidad de Guadalajara

Resumen

En México, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes, sin embargo estas conductas están subsumidas en los datos de muertes violentas. En la provincia de Nayarit, en 2010 se registró un incremento del 16% en comparación a 2008 de muertes por suicidio, por lo que es una problemática que se suma a la ya complicada perspectiva de la vida juvenil que implica grandes costes humanos y sociales al país. El objetivo de la investigación, se centró en conocer de los jóvenes que cursan educación media superior, riesgos que se asocian a la prevalencia de ideación suicida, como el tipo de ajuste emocional y social, control de impulsos, autoestima y depresión. La investigación de campo fue de tipo transversal y descriptivo, aplicándose instrumentos psicométricos a una muestra probabilística de 179 estudiantes. Los y las estudiantes refieren depresión moderada en 26% y el 1% depresión grave. El 11% de las mujeres y 3.4% de los hombres, informan haber tenido al menos un intento de suicidio. Los datos indican altos índices de problemas en ajuste emocional y social, así como baja autoestima, lo que puede orillar a efectuar conductas suicidas. Es imprescindible que se efectúen acciones puntuales para el rescate del desarrollo y salud mental de los y las jóvenes.

Suicidal behavior in young Mexican

Abstract

In Mexico, suicide is the second leading cause of death among young people. Suicidal behavior is subsumed in the data of violent deaths. In Nayarit, province of México, in 2010 deaths from suicide increase of 16% compared to 2008 , making it a problem that adds to complicated youthful outlook of life that involves a great human and social costs to country. The objective of the research, focused on know the risks of young people attending high school education, that are associated with the prevalence of suicidal ideation, as the type of emotional and social adjustment, self-esteem and depression. The field research was cross-sectional and descriptive. Psychometric instruments were applied to a probabilistic sample of 179 students. The students refer moderate depression in 26% and 1% severe depression. 11% of women and 3.4% of men report having had at least one suicide attempt. The data indicate high rates of problems with impulse control, emotional and social adjustment, and low self-esteem, which can pull over to make suicidal

behavior. It is essential to carry out specific actions to rescue the developmental and mental health of young people.

Introducción

Se afirma que México es un país de jóvenes; en el censo de población y vivienda efectuado por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística en 2010, el 14.3% de la población de hombres y el 14.5% de mujeres tienen entre 15 y 24 años de edad. Específicamente entre los 15 a los 19 años se encuentra el 5% de la población mexicana, lo que conforma el grupo etario con mayor número de habitantes (Coordinación de Contenido e Investigación, 2012).

Se reconoce por diversos estudios sobre el desarrollo humano, que la adolescencia es la etapa de grandes cambios asociados principalmente a la actividad hormonal que da paso a la fase reproductiva de una persona. Pero en esta edad, las y los jóvenes no están aislados de los problemas que aquejan a toda la sociedad mexicana. Se agudizan en ellos, problemas de inequidad en el acceso a la salud, a la vivienda, a la educación y al empleo digno. Entre los problemas psicosociales que enfrenta la juventud actualmente se pueden considerar la falta de oportunidades en el sistema educativo público para continuar estudios profesionales. Discriminación por motivo de apariencia. Inaccessibilidad a créditos financieros. Falta de competencias laborales para el mercado laboral especializado, lo que orilla al empleo informal. Graves problemas de inseguridad. Falta de espacios recreativos juveniles para la asociación y expresión (Coordinación de Contenido e Investigación, 2012).

Las políticas públicas en México, definen que se debe promover el acceso equitativo de las y los jóvenes a los servicios de salud pública y el fomento de estilos saludables de vida que se enmarcan en el Programa Nacional de Juventud 2008-2012 (Instituto Mexicano de la Juventud, 2008). En este programa, se especifican metas, tendientes a mejorar su salud reproductiva, disminuir la obesidad, las adicciones y los accidentes de tráfico. Pero se soslaya en las metas de este programa, uno de los principales problemas que afecta a la salud mental: la depresión.

Si bien, el gobierno de México, destaca a la depresión como otro de los problemas que afecta la salud física y mental de las y los jóvenes, que en combinación con ambientes de conflicto, puede conducir al suicidio y reconoce que esta causa de mortalidad entre los jóvenes creció 5.0% anual entre 1998 y 2004, siendo las más afectadas las mujeres de entre 11 y 20 años; no se

destacan acciones específicas para atender esta problemática en las políticas públicas, enmarcadas en los programas oficiales de atención a la juventud.

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en México, se estima que el 8.4% de la población, ha sufrido un episodio de depresión mayor, alguna vez en la vida, con una mediana de edad de inicio de 24 años.

El iniciar con este padecimiento desde la juventud, implica un pronóstico de muchos años en la vida adulta, de sufrimiento y problemática en diversos áreas de la vida, como por ejemplo en el seguimiento de los estudios, la obtención de empleo y la elección de pareja. Más aún, se asocia vulnerabilidad cuando se presenta la depresión. Esta comorbilidad, conlleva a su vez, a una vida con menos redes sociales de apoyo, mayor estrés y menores oportunidades de mejoramiento en la calidad de vida.

Reportan en 2004, Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista, y Zambrano-Ruiz, que el 2% de la población mexicana, que representa aproximadamente dos millones de personas, ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad. Entre todos los que han padecido un episodio de depresión mayor alguna vez en su vida, 27.5% tuvo su primer episodio en la infancia o adolescencia. Alarmantemente también encontraron respecto a la conducta suicida, que los individuos con inicio temprano de depresión, tuvieron 50% mayor probabilidad de haber cometido un intento de suicidio.

A su vez, Borges, Medina-Mora, Orozco, Ouéda, Villatoro y Fleiz, en 2009, informan que la población mexicana entre 15 y 24 años de edad, es hoy día de las más afectadas, con 28% de todos los suicidios en 2007, coincidiendo con lo que reportaron Quintanilla, Haro, Flores, Celis de la Rosa y Valencia (2003) sobre el incremento de la tasa de suicidio, que ya tenía índices ascendentes, al pasar de 1.13 en 1997 a 2.18, en el año 2000.

Las cifras oficiales sitúan como la principal causa de muerte de los jóvenes, a las muertes violentas, esto es, que no son debido a alguna enfermedad. Entre estas causas de muerte, los accidentes de tráfico de vehículos de motor (55.9%) ocupan el primer lugar, la segunda causa en el grupo entre los 15 y 19 años son las agresiones y las lesiones autoinfligidas (29%) (Instituto Nacional de Geografía y Estadística, Agosto 2006 y 2012). Por lo tanto, en México las conductas suicidas están relacionadas como la segunda causa de mortalidad de la juventud entre 15 y 19 años, siendo los medios empleados más comunes para quitarse la vida el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (77%) y el disparo de arma con un 11%. El 73% de estas muertes ocurren en la vivienda de la persona (Instituto Nacional de Geografía y Estadística, 2012).

Cuando se revisan estos datos sobre la mortalidad por suicidio, en automático se remite a la pregunta sobre las diferentes conductas que se relacionan con el suicidio, como son ideación suicida, los planes, los gestos y los intentos de suicidio. Estos datos no tienen un referente oficial, pero sí se reconoce que en las personas que consumaron el acto suicida es alta la proporción de previos atentados contra sí.

La conducta suicida, puede tener múltiples definiciones, pero en lo que todos los autores coinciden es que es una conducta que busca salida a un sufrimiento psicológico, en donde la desesperanza no permite ver una salida y "las expectativas del futuro no superan el doloroso presente" (Gutiérrez, Contreras y Orozco, 2006). Dependiendo de posiciones teóricas, se argumenta incluso que la persona no es que quiera morir, sino que ya no quiere sufrir, así "son actos intencionales generados por su dolor de vivir" (OMS, 2006).

Este sufrimiento, inicia con una idea que se instala como alternativa para reducir una crisis ante eventos estresores.

La idea intrusiva y recurrente, lleva hacia una planeación elaborada para su ejecución o quizás a encubrir a través de otras conductas de riesgo como las adicciones o conductas impulsivas [CITATION Tél12 \l 2058]. Si continua el sufrimiento, pueden efectuar gestos o actos suicidas, que por lo general, son autolesiones que no tienen alta letalidad y que buscan manipular la aflicción de la persona que las comete. En gravedad de letalidad, y al incrementarse la problemática que orilla a la conducta suicida, se pueden producir intentos específicos para producirse la muerte, que por último llegan a consumir el suicidio.

En México se hacen esfuerzos en los diferentes niveles de salud, para atender esta problemática, sin embargo los índices siguen aumentando. Quintanilla y colaboradores (2003) en el Occidente de México, región en donde se enclava la ciudad de Tepic, Nayarit, encontraron que en el grupo de edad entre los 15 y 24 años de edad, aquellos jóvenes que habían mostrado la tentativa de suicidio, cursaban con grandes índices de desesperanza. El tipo de desesperanza era de tipo cognitivo al percibir un futuro incierto, y que las cosas "no marchan bien", devaluando su autoconcepto al compararse con sus pares. A nivel motivacional, la desesperanza la referían como buscar que las cosas por sí solas cambiaran, sin motivos para luchar y darse por vencidos. Estos autores incluso apuntan que es necesario no sólo diagnosticar la depresión, sino también la desesperanza, para definir el riesgo de que se produzca la conducta suicida en una persona.

En específico, para la provincia de Nayarit, se encontró que el 7.2% de la población reporta, en un momento de su vida, planeación suicida; ideación suicida

el 0.9% de la población la ha tenido y 0.7% ha efectuado al menos un intento suicida (Borges, Medina–Mora, Orozco, Ouéda, Villatoro, y Fleiz, 2009). Así también, se observó que hay un incremento de la mortalidad por suicidio en el último trimestre del año 2011, en esta provincia, a diferencia de lo que sucede en el país (INEGI, 2012). En 2010, se registró un incremento del 16% en relación a 2008 de muertes por suicidio [CITATION Sec12 \l 2058], por lo que es una problemática que se suma a la ya complicada perspectiva de la vida juvenil, que implica grandes costes humanos y sociales al país. Esto lleva a determinar las necesidades de atención de acuerdo a los perfiles de riesgo que tienen los jóvenes.

El suicidio no es una conducta azarosa, sus causas son multifactoriales. Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006) categorizan las principales razones para que se dé en los jóvenes el suicidio en: Factores psicosociales, en donde se engloba pérdidas por muerte o inestabilidad en dinámica familiar, rasgos de personalidad, antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, aislamiento social entre otros y Factores Biopsiquiátricos, como el sexo (hombre), trastornos psiquiátricos concurrentes, trastorno de la personalidad antisocial y la incapacidad para afrontar problemas, baja autoestima y desesperanza. Estos mismos factores son también observados por la OMS, aunque no siguen esta categorización.

La OMS en 2006, informó que los jóvenes, a través de encuestas directas, reportan casi el doble de intentos de suicidio, que aquéllos que surgen de las entrevistas de los psiquiatras, informando también que sólo el 50% de los adolescentes había solicitado atención médica cuando tuvieron una tentativa de suicidio. Esto implica un subregistro en esta problemática, que puede ser minimizada o encubierta por diagnósticos psiquiátricos.

El modelo estresor-diátesis del comportamiento suicida propuesto por Oquendo (citado en Téllez, 2006), apunta a que la impulsividad, el pesimismo y agresividad conforman una vulnerabilidad psíquica que ante los diferentes estresores de la vida cotidiana pueden llevar a una conducta suicida. En niños y adolescentes con conducta suicida, esta vulnerabilidad, junto con el estilo cognitivo de afrontamiento a los problemas, los rasgos de personalidad y situaciones estresantes negativas experimentadas en la temprana infancia, reactivan el sentimiento de desamparo, desesperanza y abandono, que pueden hacer aflorar pensamientos suicidas y conducir a suicidios e intentos de suicidios (Téllez-Vargas, 2006).

El rasgo de impulsividad en las personas, si es predominante, les llevaría a buscar nuevas y variadas emociones, conductas no planificadas y comportamiento desinhibido y/o agresivo. Algunos de estos rasgos son controlados por los procesos de socialización durante la evolución personal, en donde se someten a

las reglas y normas de convivencia. Sin embargo, este rasgo de impulsividad está fuertemente asociado a la juventud, dado que por su etapa de desarrollo humano es donde se busca la independencia y autonomía, que les puede llevar a enfrentarse a los controles sociales y de conducta.

Es por ello que se buscó revisar cuáles son los factores de riesgo, entendidos estos como las características o circunstancias que aumentan la posibilidad de que se produzca un daño o resultados no deseados, que inciden en la conducta suicida, en la provincia de Nayarit. Se toma en cuenta que en cada grupo cultural existen patrones estructurales, que propician, ya sea el malestar o bienestar psicológico.

Objetivos de la investigación

Conocer de los jóvenes que cursan educación media superior, riesgos que se asocien a la prevalencia de ideación suicida, como el tipo de ajuste emocional y social, control de conducta impulsiva, autoestima y depresión.

Método

Se efectuó un estudio de campo transversal, descriptivo y correlacional. Como variable dependiente se consideró a la ideación suicida y como variables independientes los factores de riesgo de ajuste emocional, ajuste social, depresión y autoestima y control de conducta impulsiva.

Como autoestima se consideró el constructo utilizado en el inventario de Coopersmith, que evoca a la confianza y el respeto por sí mismo que tiene una persona, en donde refleja el juicio que hace respecto a sus habilidades para enfrentar los desafíos de su vida "para comprender y superar los problemas, para conocer sus derechos de vivir y manifestarse el derecho de ser feliz, esto es de respetar y defender sus intereses y necesidades" (Munro, 2005).

La depresión, se consideró como la serie de síntomas que indica desesperanza, acompañada de tristeza y abatimiento y que puede ir desde cambios en el estado de ánimo hasta una incapacidad para continuar con la vida cotidiana.

Con la pretensión de no impulsar, sino sólo develar las actitudes, creencias y emociones asociadas a conductas suicidas, se toma como concepto de ideación suicida, aquellos pensamientos que validen el suicidio como una alternativa válida de conducta.

Para el control de conducta impulsiva, se tomaron en cuenta, opciones que revisen si los jóvenes tienen conductas en las que no midan las consecuencias de sus actos y les lleven a no adaptación a normas sociales.

Para el ajuste emocional y social, se consideran aquellos aspectos que llevan a una conducta adaptativa tanto a su bienestar emocional como en sus interacciones socio-familiares, dada la importancia de estos ajustes en la etapa del desarrollo humano en que se sitúan los jóvenes.

Participantes

Para esta investigación, se trabajó con una muestra probabilística y representativa de 179 estudiantes del segundo grado, turno matutino, de un centro urbano de educación media superior, localizado en la ciudad de Tepic, Nayarit, México, en el que se otorga formación a nivel bachillerato. De los 12 grupos tomados como población, se asignó una cuota de 16 alumnos: 8 mujeres y 8 hombres. Si bien, se había considerado a 192 jóvenes, de 13 jóvenes se descartaron sus datos para el análisis estadístico, por no cumplir con criterios de inclusión, quedando 90 mujeres y 89 hombres incluidos en el análisis, con un rango de 16 a 19 años, promedio de edad de 17 y 0.65 de desviación estándar. El 63% (113 casos) de los y las jóvenes viven con su padre y madre, 45 (25%) viven en familias uniparentales con jefatura femenina y los 21 casos restantes, viven con algún otro familiar.

Instrumentos

Para los fines de este estudio se utilizaron los siguientes instrumentos:

- El Inventario de Autoestima de Coopersmith, mismo que ha sido de amplia aplicación en población clínica y no clínica en nuestra cultura mexicana, desde que fue adaptado por Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés en 1993, en donde reportan 0.81 de confiabilidad por el método de alpha de Cronbach.
- Inventario de Depresión de Beck, mismo que ha sido utilizado en múltiples investigaciones para revisar los índices de depresión, a partir de la validación del instrumento efectuado por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela en 1998; en últimos reportes de su confiabilidad encontramos que registra un $\alpha = 0.92$ según los estudios de Beltrán, Freyre y Hernández-Guzmán (2012).
- Instrumento diseñado en donde se exploró intentos suicidas, presencia de ideación suicida, ajuste social, ajuste emocional y control de conducta impulsiva. El diseño fue un cuestionario tipo Likert con 26 reactivos de cuatro opciones de respuesta, que iban de totalmente de acuerdo, de acuerdo a totalmente en desacuerdo, excepto el ítem en donde se preguntaba en específico: *¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito con el fin de quitarte la vida?* en donde se tenían las opciones de nunca, una vez, dos o más veces, y se debía registrar el número de veces que lo habían intentado.

Para el factor de ideación suicida se elaboraron 6 ítems parecidos a: "*Las razones para vivir son superiores a las de morir*", "*Mi actitud hacia el pensamiento/deseo de suicidio es de rechazo*". Con respecto al ajuste emocional se elaboraron 7 preguntas en relación al manejo de sus emociones construyendo reactivos tales como "*Tengo sentimientos que casi no puedo identificar*", "*No sé qué pasa dentro de mí*", "*Cuando estoy mal, no sé si estoy triste, asustada (o) o enojada (o)*". "*Con frecuencia no sé porque estoy enojada (o)*", explorando el control de emociones que usualmente es imperfecto en la etapa de la adolescencia.

"*Soy popular entre las personas de mi edad*", "*Soy una persona simpática*" "*Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo*". Son algunas de las 7 aseveraciones que se aglutinaron en el factor de ajuste social en donde se exploraba también su percepción de adaptación a la familia.

Explorando el factor de control de conducta impulsiva se elaboraron 5 ítems relacionados a conductas de riesgo, como por ejemplo : "*Hago cosas arriesgadas sólo porque son excitantes*", "*Hago cosas impulsivamente*". "*Hago lo que me gusta, sin pensar en las consecuencias*".

El puntaje de las respuestas correspondía de 3 puntos a 0, considerando si la respuesta tendía a ser evaluada como un riesgo o estaba en sentido inverso.

Procedimiento

Una vez conseguido los permisos correspondientes para efectuar la investigación en el plantel educativo por las autoridades correspondientes, se efectuó una aproximación presencial en éste, con el fin de establecer *rapport* con los estudiantes. Mediante una reunión de coordinación, con personal de áreas de apoyo administrativo, se designó un lugar específico para la aplicación de los instrumento, dentro de la institución educativa, y se apoyó para la selección de la muestra, a través de las listas de asistencia de cada grupo. En una semana escolar regular se efectuó la aplicación, informando a los jóvenes de los objetivos de la investigación y del anonimato en el manejo de los datos. Así también se les informó que quienes lo desearan, podían recibir asesoría psicológica en el manejo de su problemática.

Al obtener los datos, se procedió a su captura y análisis, a través del paquete estadístico SPPSS (versión 15). Con la distribución de los datos en cuartiles, se efectuó la clasificación para elaborar los baremos, con los cuales contrastar cada caso en lo individual, y así ubicar riesgos específicos en cada uno de los jóvenes encuestados, de acuerdo a sus puntajes obtenidos en los instrumentos aplicados.

Se efectuó un informe, por cada grupo encuestado, a las autoridades de la institución, dando información en forma privada, a aquellos jóvenes que manifestaron haber incurrido en conducta suicida, con el fin de buscar estrategias para que se canalizara la problemática detectada y que los ubicaba como riesgo al tener puntajes en depresión grave, autoestima significativamente baja, ideación suicida de riesgo moderado a grave, control de conducta impulsiva con riesgo grave.

Con la premisa de resguardar la confidencialidad, sólo se informaba a las autoridades, de los jóvenes que se consideraba necesario recibieran apoyo psicológico, mas no de sus puntajes o clasificación, propiciando también un acercamiento con sus padres, para que se buscara atención en la salud mental de él o la joven en cuestión.

Se agruparon los datos y se efectuó un diagnóstico en lo general, de los puntajes obtenidos y se efectuaron las correlaciones correspondientes.

Resultados y discusión

De los principales resultados, se puede dar cuenta de la alta prevalencia de intentos de suicidio que se tiene en este plantel educativo de 7.26%, como se observa en la Tabla 1:

Tabla1. Número de intentos de suicidios reportados por los jóvenes

Número de intentos	Ninguno	%	2 veces	%	3 veces	%	Total Sí intentaron	%
Número de casos	166	93*	11	6*	2	1*	13	7.26*
Hombres**	85	96**	2	2**	1	1**	3	4**
Mujeres***	81	89***	9	11***	1	1***	10	11***

*n igual a total de 179 casos; ** n igual a 88 casos; *** n igual a 91 casos

Al registrar que el 7.26% de los jóvenes han tenido entre dos y tres intentos de suicidio, se contrasta como un índice superior al reportado para la ciudad de México de 2.6% por González_Fortez, y otros en 2002. Pero este dato, sí concuerda con lo registrado para la provincia de Nayarit obtenidos por Borges y colaboradores en 2009. Estos datos parecen indicar que este fenómeno no ha sido atendido para su prevención y contención en las instituciones públicas de esta provincia, convirtiéndose en un riesgo latente para la población nayarita. Si bien en lo general, los datos concuerdan con la población total de Nayarit, es

preocupante que jóvenes con acceso a la educación formal y que están insertos en el rol que se espera de ellos/as, tengan alta vulnerabilidad en su salud mental.

En concordancia a lo reportado en la literatura científica, las mujeres han tenido más intentos de suicidios que los varones (11% vs 4%), reportando mayor índice en el pensamiento " *considero que mi familia estaría mejor si estuviera muerta*"; pero no se debe dejar de lado la letalidad con la que se comete el acto suicida en los varones, quienes lo consuman en mayor proporción invirtiendo los datos por género (mayor número de suicidas varones que mujeres).

Tabla 2. Estadística descriptiva de los factores revisados

	<i>Ideación suicida</i>	<i>Ajuste emocional</i>	<i>Depresión</i>	<i>Ajuste social</i>	<i>Autoestima</i>	<i>Control conducta impulsiva</i>
Media	2.8	4.4	5.	2.4	3.8	2.8
DS	7.2	7.4	6.9	5.1	17.5	4.1
Cuartil 1	5	4	3	3	15	2
Cuartil 2	7	7	6	5	18	3
Cuartil 3	9	11	10	6	20	6
Cuartil 4	14	19	41	14	24	12

En la Tabla 2, se reflejan las medias y desviaciones estándar (DS) con las que se construyeron los criterios para determinar la clasificación de riesgos. Así también, sirvió de contraste para ajustar los puntos de corte y determinar sintomatología clínica de depresión, medida por el Inventario de Beck.

En la Tabla 3 se puede revisar que tener algún pensamiento o idea relacionado con el suicidio no necesariamente se le puede considerar con un riesgo específico, ya que la influencia de factores como la violencia social y la alta incidencia de muerte por suicidio en la región pueden propiciar que los jóvenes tengan una referencia al respecto. Sin embargo, ya se tiene un 18% de jóvenes en grave riesgo de cometer un suicidio, y el 28% ya juega con la idea de efectuarlo, pues refieren haber pensado en terminar con su vida, pero que no lo llevarían a cabo.

Tabla 3. Clasificación de riesgo de Ideación Suicida

Rango	Puntaje	Casos	Porcentaje
Sin riesgo	0-5	48	27
Leve riesgo	6-7	46	26

Moderado riesgo	8-9	50	28
Grave riesgo	10-14	30	18

Tabla 4. Clasificación de riesgo de Ajuste Emocional, Social y Control de Conducta Impulsiva

Clasificación	Ajuste Emocional			Ajuste Social			Control conducta impulsiva		
	Rango	Casos	%	Rango	Casos	%	Rango	Casos	%
Sin riesgo	0-4	54	30	8-14	49	27	0-2	61	34
Leve riesgo	5-7	39	22	6-7	51	28	3-4	57	32
Moderado riesgo	8-11	53	30	4-5	56	31	5-6	26	14
Grave riesgo	12-19	33	18	0-3	23	13	7-11	35	20

Del total de los y las estudiantes, el 48% presenta problemas en su ajuste emocional, como se observa en la Tabla 4, esto concuerda con la misma edad de los jóvenes en donde se espera que están en fase de cimentación de identidad, llevándole a preguntarse sobre su perspectiva de vida profesional, laboral y de pareja, así, no podemos dejar de lado que el proceso implica para los jóvenes, fluctuaciones en su control emocional. Pero se puede considerar que en lo general, la conducta impulsiva al ubicarse en un 66% en rangos normales y de leve riesgo, implica que los jóvenes buscarán ampliar los límites comportamentales que les han inculcado ya sea su familia de origen o las instituciones educativas en las que están inmersos, pero no se involucrarán, necesariamente, en conductas violentas o agresivas.

Tabla 5. Resultados de Tests de Autoestima y Depresión

Clasificación	TEST DE AUTOESTIMA COOPERSMITH			TEST DE DEPRESIÓN DE BECK			
	Puntaje	Casos	%	Puntaje	Casos	%	
Baja	0-15	46	25.7	Normal	0-9	128	71.5
Media	16-18	50	27.9	Leve	10-18	45	25.1
Media alta	19-20	47	26.3	Moderada	19-29	3	1.7
Alta	21 o más	36	20.1	Grave	30 o más	3	1.7

Los y las estudiantes presentan síntomas leves de depresión en un 26%, pero el 1.7% ya manifiesta síntomas clínicos que les ubican en depresión grave.

El 25.7% registra una baja autoestima que les puede inducir a considerarse como personas de poco valor, por lo que, si se presenta un pensamiento de tipo suicida, este puede instalarse como una idea que le lleve a una respuesta a su problemática emocional.

Aunque el 1.7% presenta depresión clínica, es un foco de atención de problemática a resolver, pues se ha reportado en casos de jóvenes con intentos suicidas, asociación con depresión grave y desesperanza (Quintanilla et al., 2003).

Al hacer una análisis por género, encontramos que el 17 % de las mujeres refieren autoestima baja, 11% problemas graves en su control de conducta impulsiva, 22% riesgos en su ajuste emocional y 15% en ajuste social. En los hombres jóvenes el 32% tienen problemas para controlar sus emociones, 18% registran autoestima baja, 3.4% problemas de ajuste social y 26% graves problemas en control de conducta impulsiva.

Esto parece referir la cultura de género que se vive, en donde se espera que las mujeres tiendan a ser más emotivas y se espera mayor conducta de riesgo en los varones; misma conducta que se asocia al ingreso a las adicciones y a comportamientos temerarios al volante. Para ser aceptados en su grupo de pares como hombres valientes, es usual en nuestro contexto cultural, la influencia para que muestren conductas más osadas, esto puede dar una pauta para explicar el alto índice de muertes por accidentes automovilístico en los varones jóvenes.

Con respecto a las correlaciones entre los factores, se encontraron los datos registrados en la Tabla 6, en donde no encontramos correlación alta entre depresión y la ideación suicida. Cabe explicar que al hacer análisis en específico de cada caso, esto se reafirma, ya que en especial sólo en 4 casos de pensamiento suicida con riesgo moderado o grave se encuentra puntajes asociados a depresión moderada. En ninguno de los 3 casos de depresión grave encontramos riesgo grave de ideación suicida. Así también al entrevistar 5 casos (4 mujeres y 1 hombre) que habían referido intento de suicidio, encontramos que el puntaje de depresión les ubicaba en rangos normales a las jóvenes y al hombre en depresión leve. Esto apunta a la necesidad de revisar, cuando se comete el acto suicida, los nivel de depresión y desesperanza que en ese momento, les impulse a cometer tal acto.

De los 13 casos que reportaron haber cometido un intento de suicidio, 3 de ellos (23%) se ubicaron con puntajes que les ubicaban en riesgo leve de ideación suicida y 10 (77%) se les ubicó en el rango de riesgo moderado de ideación suicida. Esto indica que el haber efectuado una acción para terminar con su vida les hace proclives a continuar rumiando la idea de cometer suicidio, por lo que se entiende que, si no se les brinda atención psicológica a corto plazo, su salud mental se podrá comprometer ante los factores estresantes que la vida cotidiana le irá presentando, pudiendo llegar a cometer otro acto de suicidio y terminar, ahora sí, con sus vidas.

Tabla 6. Puntaje de correlaciones entre ideación suicida y

otros factores mediante r de Pearson

Factores	Ajuste Emocional	Control de Impulsos	Ajuste Social	Depresión	Autoestima
Ideación Suicida	0.83	0.24	0.98	0.41	0.90

En la Tabla 6 se registra que el Ajuste emocional, el Ajuste Social y la Autoestima son los factores que más correlacionan positivamente con la ideación suicida. En el Gráfico 1 también se refleja a simple vista estos resultados.

Aun cuando el 34% de los jóvenes reporta haber efectuado algunas conductas de riesgo, estas conductas parecen reflejar más la búsqueda de afirmación e identidad que un riesgo en sí mismo para cometer un acto suicida. Estos datos correlacionados coinciden con lo que ya habían encontrado Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006), en donde encuentran que los factores psicosociales son los que pueden incrementar la incidencia de conducta suicida y no solamente aspectos clínicos que informen de una psicopatología específica.

Gráfico 1. Factores de riesgo asociados a ideación suicida en jóvenes nayaritas.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados

Conclusiones

La más importante conclusión que se deriva de este estudio, es la alta prevalencia de intentos suicidas en los jóvenes estudiantes de bachillerato y de que la ideación suicida ya se encuentra instalada en al menos el 17% de los jóvenes.

Si el 63% de ellos, viven en hogares en donde se encuentran ambos padres, parece indicar que hay otros factores asociados a la percepción de ajuste social y familiar que tienen, indicando malestar en su bienestar subjetivo. El autoconcepto de los jóvenes que se deriva de su interacción, parece no muy favorable en su autovaloración, lo que puede reforzar la idea de que al no tener valía como persona, su muerte no tendrá repercusión.

Es necesario que se instrumenten medidas específicas para mejorar la salud mental de los jóvenes; algunas estrategias e intervenciones que revisen los riesgos psicosociales pueden dar mejores alternativas en la construcción de espacios de interacción y socialización que les permita mejorar sus habilidades sociales y la expresión de sus emociones. El análisis de planes y proyectos de vida, el involucramiento y participación en actividades extracurriculares que fomenten su autoestima, el empoderamiento para la toma de decisiones, son algunas estrategias que pueden apoyar el tránsito por la etapa de juventud, disminuyendo los riesgos psicosociales.

Los resultados aquí descritos están limitados a la población urbana de Tepic, Nayarit, y en jóvenes que asisten a escuelas de educación media superior de tipo público. Falta investigación para generalizar estos resultados a toda la población, además se requiere incluir otros aspectos de la conducta suicida para profundizar sobre los riesgos e influencias que se asocian para que un/una joven decida quitarse la vida.

Referencias documentales:

Beltrán, M., Freyre, M., & Hernández-Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 30 (1), 5-13.

Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., & Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46 (5).

Borges, G., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J., & Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32 (5), 413-425.

Coordinación de Contenido e Investigación. DFiniendo mi ciudad. (2012). *Breve análisis de la situación de los y las jóvenes de México y del Distrito Federal*. México: Gobierno D.F. disponible en <http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=breve%20an%C3%A1lisis%20de%20la%20situaci%C3%B3n%20de>

%20los%20y%20las%20j%C3%B3venes%20de%20m%C3%A9xico%20y%20del%20distrito%20federal.%20&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dfiniendomiciudad.mx%2Findex.php%2Fdownload_file%2F41%2F131%2F&ei=oJ1oUPffDcrW2wWsi4CgCQ&usg=AFQjCNHMIIZKoSp2lORWc9niMjwLtByoEw&cad=rja

González_Fortez, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Bermúdez, P., y otros. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental* , 25 (6), 1-12.

Gutiérrez García, A. G., Contreras, C. M., & Orozco, R. C. (2006). El suicidio. Conceptos Actuales. *Salud Mental* , 29 (5), 66-74.

Instituto Mexicano de la Juventud. SEP. (2008). *Programa Nacional de Juventud 2008-2012*. México: Gobierno Federal.

Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (Agosto 2006). *Estadísticas a propósito del día internacional de la Juventud. Datos Nacionales*. México.

Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2012). *Estadísticas de Suicidios en los Estados Unidos Mexicanos 2010*. México: INEGI.

Jurado, S., Villegas, M., Mendez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental* , 21 (3), 26-32.

Lara, M., Verduzco, M., Acevedo, M., & Cortés, J. (1993). Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos, en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología* , 25 (2), 247-255.

Munro, S. (2005). *EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS MÉDICOS DE LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR, ZONA NO.1. IMSS, COLIMA*. Colima, México: Universidad de Colima.

Organización Mundial de la Salud. (2006). Prevención del suicidio. Recurso para Consejeros. Ginebra, Suiza: OMS. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314_spa.pdf

Quintanilla, R., Haro, L. P., Flores, M. E., Celis de la Rosa, A., & Valencia, S. (2003). Desesperanza y tentativa suicida. *Investigación en Salud* , 5 (2).

Secretaría de Salud en Nayarit. (2012). *Estadísticas sobre suicidio*. No publicado, Tepic, Nayarit, México.

Téllez-Vargas, J. (2006). *www.psiquiatriabiologica.org.co*. Recuperado el 28 de Julio de 2012, de <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/publicaciones/documentos/4-IMPULSIVIDAD-OK.pdf>