

REVISTA PRISMA SOCIAL N° 23

ADOLESCENCIAS Y RIESGOS:
ESCENARIOS PARA LA SOCIALIZACIÓN
EN LAS SOCIEDADES GLOBALES

4° TRIMESTRE, DICIEMBRE 2018 | SECCIÓN TEMÁTICA | PP. 185-207

RECIBIDO: 1/10/2018 – ACEPTADO: 13/11/2018

INCLUSIÓN EDUCATIVA:
FACTORES PSICOSOCIALES
ASOCIADOS A CONDUCTA
SUICIDA EN ADOLESCENTES

EDUCATION INCLUSIVE: FACTORS
PSYCHOSOCIAL ASSOCIATED TO SUICIDE
BEHAVIOR IN ADOLESCENTS

NABIL ITZEL BEAVEN CIAPARA /

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA, MAESTRANTE EN POSGRADO INTEGRAL DE CIENCIAS SOCIALES,
UNIVERSIDAD DE SONORA, MÉXICO

REYNA DE LOS ÁNGELES CAMPA ÁLVAREZ /

PROFESORA DE ASIGNATURA, DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES, UNIVERSIDAD DE SONORA,
MÉXICO

DRA. BLANCA AURELIA VALENZUELA /

PROFESORA DE TIEMPO COMPLETA, DOCTORA DOCTORADO EN FILOSOFÍA Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN, UNIVERSIDAD DE SONORA, MÉXICO

DRA. MANUELA GUILLÉN LÚGIGO /

PROFESORA DE TIEMPO COMPLETA, DOCTORA EN CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA. UNIVERSIDAD
DE SONORA, MÉXICO

INVESTIGACIÓN REALIZADA EN GUAYMAS, SONORA, MÉXICO



prisma
social
revista
de ciencias
sociales

RESUMEN

El suicidio es un fenómeno que se presenta a nivel mundial, afectando a personas de casi todas las edades, donde cada vez son más los/as adolescentes los afectados, repercutiendo a la vez en sus familiares, amigos/as, conocidos/as, e inclusive la sociedad que lo rodea. Por tanto, el objetivo general del estudio es identificar los principales factores de riesgo asociado a la conducta suicida en jóvenes de 13 a 18 años en la comunidad de Guaymas, Sonora, México. Se realizó un estudio mixto, se utilizó una batería de pruebas psicológicas a 120 estudiantes de secundaria y preparatoria, así como entrevistas para corroborar los resultados. Para el análisis de datos se empleó el programa estadístico SPSS versión 21.0 y un análisis del discurso. Los resultados muestran un Alfa de Cronbach .83 indicando un alto índice de confiabilidad, se obtuvieron media, mediana, moda, desviación típica y correlaciones. Los resultados indican que los factores psicosociales que se están presentando en la población de estudio son las familias disfuncionales, causando depresión y baja autoestima. El modelo explica un 41% la conducta suicida. Se propone diseñar estrategias de inclusión socioeducativa para la aplicación en planteles escolares, siendo este gran influyente en la formación de los/as jóvenes.

PALABRAS CLAVE

Conducta suicida; factores psicosociales; depresión; autoestima; funcionamiento familiar; adolescencia.

ABSTRACT

Suicide is a phenomenon that occurs worldwide, affecting people of almost all ages, where more and more adolescents are affected, impacting at the same time their family, friends, and even the society that surrounds them. Therefore, the general objective of the study is to identify the main risk factors associated with suicidal behavior in young people aged 13 to 18 years in the community of Guaymas, Sonora, Mexico. A mixed study was conducted, a battery of psychological tests was used on 120 secondary and high school students, as well as interviews to corroborate the results. For the data analysis, the statistical program SPSS version 21.0 and a discourse analysis were used. The results show a Cronbach's Alpha .83 indicating a high index of reliability, mean, median, mode, standard deviation and correlations were obtained. The results indicate that the psychosocial factors that are occurring in the study population are dysfunctional families, causing depression and low self-esteem. The model explains 41% suicidal behavior. It is proposed to design strategies of socio-educational inclusion for the application in schools, this being a great influence in the training of young people.

KEYWORDS

Suicide behavior; factors psychosocial; depression; self esteem; familiar functioning; teenager.

1. INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno que ha producido un gran impacto en la sociedad, afectando no solo al individuo que decide llevarlo a cabo, sino también a sus seres cercanos, incluyendo familiares, amigos/as, compañeros/as e inclusive a otros individuos no tan significativos. Dicho fenómeno se ha presentado desde épocas antiguas afectando tanto a hombres como a mujeres (Corona *et al.*, 2016). En las últimas décadas, el impacto ha llegado a posicionar a la conducta suicida como un indicador de bienestar social debido a que al índice de suicidios se ha incrementado en poblaciones jóvenes a pesar de ser una problemática prevenible con su oportuna detección (Cañón, 2011; Piedrahita *et al.*, 2011). La literatura muestra un aumento de incidencia suicida del 60% en contraste a los últimos 50 años mundialmente hablando, predominando en el género masculino en relación a suicidio consumado, mientras que en cuestión de intentos suicidas se muestra mayor índice en el género femenino (Rueda, 2012). Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que aproximadamente un millón de personas se suicidan anualmente, estimando elevaciones en la tasa de mortalidad de 900.000 mil a 1.53 millones de suicidios para el 2020, pasando de generaciones de edad avanzada a población que ronda desde los 15 años en adelante en algunas partes del mundo (Corona *et al.*, 2016; Piedrahita *et al.*, 2011). Otro dato relevante estimado por la OMS hace referencia al método empleado, donde las mujeres tienen a utilizar métodos como ingesta de fármacos, y los hombres a recurrir al uso de métodos más radicales, como el ahorcamiento o uso de armas blancas; de igual modo diversos investigadores e investigadoras estiman un aproximado de ocho a diez intentos de suicidios por cada suicidio consumado, y ocho ideaciones suicidas por cada intento suicida, elevando la preocupación hacia esta problemática (Madrigal *et al.*, 2004; Holguín, 2007; Cortés, 2014; Rosado y García, 2014).

Previo a mostrar estadísticas sobre el *suicidio* a manera de justificación del presente estudio, se considera relevante definir de manera concisa y breve el término suicidio y los términos que se desprenden de él, con la finalidad de familiarizarse con el fenómeno. Etimológicamente el concepto suicidio proviene de dos términos en latín: «sui» de sí mismo, y «cidium» del verbo *caedere*, obteniendo como significado literal «acción de matarse a sí mismo», considerada como la manifestación más extrema de violencia por estar orientado al propio individuo. Este término fue establecido por el médico y filósofo Thomas Browne con la finalidad de lograr distinguir entre el homicidio de uno mismo y el homicidio cometido hacia otra persona (Corona *et al.*, 2016; Riverón *et al.*, 2016; INEGI, 2016).

Entre los conceptos que se desprenden del suicidio se encuentra la conducta suicida, entendida como «toda acción producida con el propósito explícito o implícito de quitarse la vida» (Toro, *et al.*, 2016; p.53); el intento suicida, considerado como una «expresión del deseo de buscar la muerte a través de comportamientos autodestructivos, donde el cumplimiento de su objetivo se ve frustrado a través del fracaso» (Riverón *et al.*, 2016; p.20); y la ideación suicida, que es la «manifestación consciente sobre pensar o desear morir, así como idealizar las expectativas de llevarlo a cabo mediante un plan o método concreto» (Toro, *et al.*, 2016; p.53).

Referente a las tasas de mortalidad de suicidio llegan a ser variantes entre continentes y países. Respecto a América Latina se posiciona en el tercer lugar por muertes suicidas en el rango etario de 15 a 44 años, representando un 6.5% del total de las muertes en ese grupo etario (Sán-

chez *et al.*, 2015); mientras que la República Mexicana se ubica en el cuarto lugar por debajo de Cuba, Colombia y Brasil, donde dicho fenómeno se posiciona en la causa decimotercera de muertes, pero en la primera por muerte violenta (Holguín *et al.*, 2007).

Respecto a datos estadísticos, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) arrojaron que durante el año 2015 un total de 6,465 registros consumados -eso sin tener presentes aquellos no notificados ante las autoridades correspondientes-, de los cuales 249 correspondientes al estado de Sonora, posicionándose en la séptima posición dentro de la república Mexicana durante dicho año (INEGI, 2017). Por otra parte, datos obtenidos mediante notas periodísticas de la localidad, lo colocan en el cuarto lugar de tasas de mortalidad por suicidio, posicionando al municipio de Guaymas en el primer lugar a nivel estatal y nacional, con un índice de al menos 10 intentos de suicidio mensuales, de los cuales alrededor del 40% de los casos registrados en la Comandancia de Policía han sido suicidios consumados (López, 2017; Acuña, 2017).

Los datos acerca del aumento de conducta suicida en poblaciones jóvenes han posicionado a este fenómeno como un problema social multifactorial. Una de las razones recae en la caracterización de bajos índices de morbilidad y mortalidad que han existido en la adolescencia, la cual se ha venido relacionando con enfermedades oncológicas y muertes por causa violenta – homicidio y suicidio- (Bella *et al.*, 2010). En la República Mexicana se ha llegado a considerar un problema de salud pública multifactorial viéndose implicados factores biológicos, psicológicos y sociales, donde generalmente se presenta una falla en los mecanismos adaptativos de la persona con su contexto, inducida ya sea por una situación estresante o de conflicto que tenga desde hace tiempo, actual o permanente, afectando negativamente en su vida cotidiana de manera funcional y/o emocional (Herrera y Avilés, 2000). Ante esta situación multifactorial, la Organización Mundial de la Salud lo caracteriza como un problema complejo, el cual debe ser abordado desde la colaboración y coordinación de diversas instituciones, incluyendo no solo el sector salud, sino también planteles educativos, de trabajo, políticos, así como medios de educación. Ello implica actividades amplias e integradas teniendo en cuenta los factores asociados a dicha problemática. Así pues, la OMS considera el suicidio como una de sus prioridades ante el Programa de Acción de Salud Mental de 2008, cuyo fin es reducir las tasas nacionales de suicidio en un 10% para el 2020, propósito que se teme no será cumplido en su totalidad (OMS, 2017).

Es conocido que, a lo largo de la historia científica social, se han realizado investigaciones con el propósito de comprender dicha problemática, por ejemplo, la obra «El Suicidio» por Émile Durkheim (1971). Diversos resultados indican que el ambiente escolar es un gran influyente para prevenir problemas de salud mental en las y los jóvenes, entrando en juego la inclusión social educativa. Se busca brindar el sentido de pertenencia y bienestar emocional dentro del contexto escolar a través de un cambio significativo en las distintas áreas que componen el panorama escolar - área educativa, emocional y social- teniendo presente entre ellas: exclusión social, discriminación y poca accesibilidad de recursos; las cuales, no son controladas adecuadamente y pueden llevar a ciertas consecuencias, entre ellas el suicidio. Sin embargo, diversas investigaciones reflejan que aquellos alumnos y/o alumnas con problemas emocionales o trastornos mentales no encuentran este sentido de pertenencia debido a la falta de atención en sus necesidades especiales (Bustamante y Florenzano, 2013).

Entonces para lograr la prevención de problemas en la salud mental de una población vulnerable como los/as adolescentes, es recomendable partir de escenarios influyentes y óptimos que permitan detectar factores de riesgo en una etapa temprana. Son varios/as los/as autores/as que concuerdan que lograr la inclusión social es posible a raíz del ámbito educativo, aunando a profesionales de la salud, permitiendo la realización de intervenciones oportunas mediante la enseñanza de hábitos de vida saludable y disminuyendo de manera social e individual los problemas personales de nuestros adolescentes (Leiva *et al.*, 2015; Rodríguez, *et al.*, 2017).

De igual modo, se estima que lo esencial y permitente para la prevención del suicidio, es a través de los factores asociados a este, detectando de manera temprana factores de riesgo, entre los cuales investigadores e investigadoras como Guibert y Torres (2001), Serrano y Flores (2005), y Riverón *et al.* (2016) señalan la importancia de la función que desempeña la familia para los/as jóvenes, influyendo en gran medida en la formación de la personalidad y actuando como modulador de las relaciones del individuo. Del mismo modo, indican como principales factores familiares de riesgo para la conducta suicida sentimientos de falta de comunicación y hostilidad entre sus miembros, peleas constantes, los sentimientos de rechazo y la presencia frecuente en ambos padres de sentimientos de desesperanza.

Entre otros factores de riesgo se encuentra la exclusión o aislamiento social, sucesos de vida estresantes, depresión, consumo de sustancias y antecedentes de suicidios en amigos/as o familia; mientras que como factores protectores se presentan el desarrollar familias funcionales, redes de apoyo adecuadas, estabilidad emocional y el desarrollo de estrategias de afrontamiento ante el estrés (Bella *et al.*, 2010; Cañón, 2011, Duarte *et al.*, 2012; Morales *et al.*, 2014; Rosado y García, 2014; Corona *et al.*, 2016; Ramírez *et al.*, 2017). Así mismo, Conwell y Duberstein (2001) retoman la exclusión social como un factor relevante, relacionando el apoyo social con la conducta suicida como un factor protector ante la presencia de una red social adecuada, así como también ser un factor relacionado con la salud mental que incluye aspectos funcionales, estructurales y cognitivos (Barrón y Sánchez, 2001).

Sin embargo, al ser inadecuada o escasa, se presenta como un factor de riesgo a la conducta suicida en todas las edades, con sentimientos de exclusión o aislamiento social, generalmente acompañado de depresión (Turvey *et al.*, 2002; Wong *et al.*, 2008). Por lo cual es importante tener en cuenta que se debe partir no solo de la coordinación de alumnos/as y cuerpo académico, sino también por parte de la familia y de ser posible la comunidad cercana a los y las adolescentes.

Mencionado lo anterior, el objetivo general de la presente investigación es identificar las perspectivas y principales factores de riesgo asociado a la conducta suicida en jóvenes de 13 a 18 años en la comunidad de Guaymas, Sonora, México. Mediante la evaluación de autoestima, depresión, funcionamiento familiar, ideación y conducta suicida.

Por último, las medidas de atención a los casos en riesgo de suicidio, se encuentra la inclusión educativa, la cual brinda sentido de pertenencia y bienestar social para lograr aprendizaje y rendimiento escolar adecuado acorde a sus necesidades, así como brindar las herramientas para la formación de identidad personal (Echeita, 2008). Cabe destacar que autores como Echeita y Ainscow (2011), rescatan el término de inclusión para referir el énfasis que hace en aquellos grupos de alumnos/as vulnerables, en riesgo de exclusión o rezago escolar, tales

como individuos en situación de pobreza y marginación, migrantes, indígenas, e infantes que presentan discapacidad, siendo así una gran diversidad de población afectada, implicando factores psicosociales y situaciones generadas.

2. METODOLOGÍA

2.1. ENFOQUE DEL ESTUDIO

El presente estudio cuenta con un enfoque mixto, el cual nos permite recolectar, analizar y relacionar datos cuantitativos y cualitativos para obtener información que permita una interpretación y comprensión más amplia del objeto de estudio.

2.2. PARTICIPANTES

En relación al enfoque cuantitativo utilizo una muestra total de 120 alumnos/as de 13 a 18 años de edad de nivel secundaria y bachillerato.

Referente al enfoque cualitativo la muestra total se conformó de 30 alumnos/as de 13 a 18 años de edad de nivel secundaria y bachillerato.

2.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.3.1 Fase cuantitativa

Se aplicó una batería de pruebas psicológicas (ver anexo 1), conformada por 4 escalas estandarizadas y cuatro reactivos extras que permitieron indagar más en la problemática. Dicha batería se conformó por la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB), que consta de 19 reactivos con una escala tipo Likert; el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) compuesta por 21 reactivos y una escala de evaluación tipo Likert; la Escala de Autoestima de Rosenberg con 10 ítems con respuestas tipo Likert; la Escala de funcionamiento familiar por De la Cuesta y Louro, con una escala tipo Likert; así como reactivos extras que indagan en si alguna ocasión, de manera intencional han tenido conductas de autolesión con el fin de terminar con la vida. En esos casos, el casi haberlo conseguido, compartir la edad, la finalidad, el motivo que los orilló a realizarlo y la metodología empleada.

2.3.2. Fase cualitativa

Se empleó el análisis del discurso, donde se estudia sistemáticamente el discurso escrito y hablado como una forma del uso de la lengua, como evento de comunicación y de interacción en contextos cognitivos, sociales, políticos, históricos y culturales. Tiene como objetivo analizar la impronta y el significado contextual de los mensajes, relacionados con estrategias de interpretación que resultan importantes en tiempos determinados, e implica la posibilidad de conocer las características socioeconómicas, culturales, ideológicas, las creencias y las actitudes de los informantes.

3.4. Procedimiento y análisis de datos

Referente al enfoque cuantitativo, en primera instancia se acudió a los planteles a pedir autorización a los grupos primero, segundo y tercero de secundaria, así como primero de prepara-

toria, para llevar a cabo la aplicación de una batería de prueba psicológicas con fines investigativos. Una vez autorizada dicha petición, se aplicó a lápiz y papel la batería de pruebas a 120 alumnos y alumnas entre las edades de 13 a 18 años.

Referente al enfoque cualitativo se recurrió a realizar 30 entrevistas a los alumnos y alumnas de los planteles educativos Escuela Secundaria Francisco I. Madero y Centro de Estudios Tecnológicos del Mar (CET del Mar), estas de manera individual.

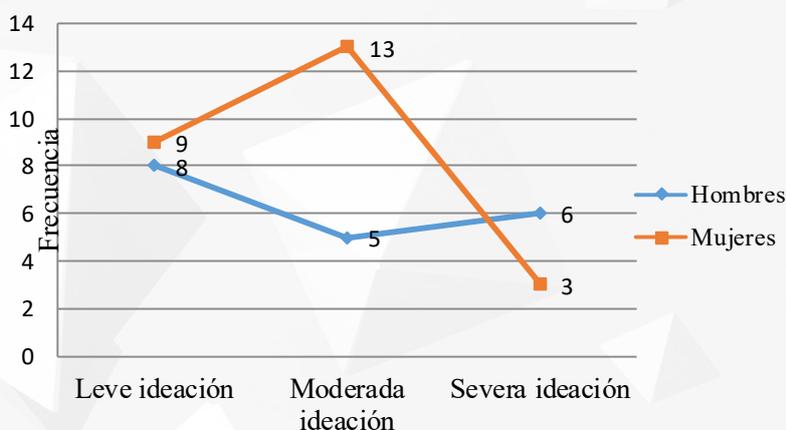
Una vez concluida la recolección de datos se prosiguió a realizar el análisis cuantitativo, mediante la base estadística de datos SPSS versión 21 y en el análisis cualitativo se analizó a partir del análisis del discurso.

3. RESULTADOS

3.1. RESULTADOS CUANTITATIVOS

La muestra total fue de 120 estudiantes de secundaria y bachillerato, de los cuales el 40.83% representa al masculino y un 59.17% al sexo femenino. El rango de edad fue de 13 a 18 años, con una media de 13.65 (DE=.231). De la muestra total, un 63% (N=76) no presenta ideación suicida, mientras que un 37% (N= 44) presenta ideación suicida, con mayor frecuencia en mujeres (N=25) a diferencia de lo hombres (N=19) tal como se muestra en la figura 1.

Figura 1: Comparativo de nivel de ideación suicida entre hombres y mujeres



Fuente: Elaboración propia (2018)

En cuanto a los casos identificados de conducta e intentos suicida en la tabla 1, se indica que el 21% (N=25) de los participantes han realizado por lo menos un intento suicida, con mayor porcentaje en mujeres. El rango de edad que presenta una mayor frecuencia es entre 11 a 14 años de edad, el 28% realmente deseaba morir.

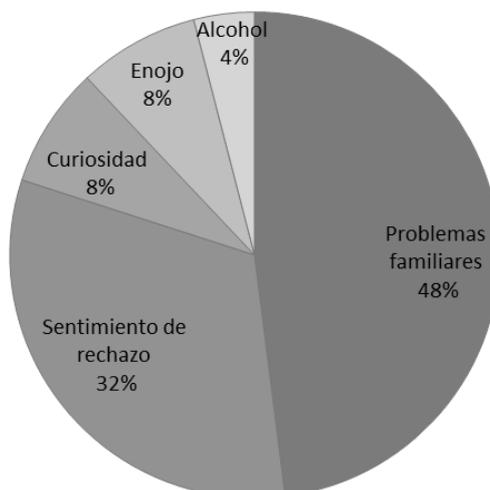
Tabla 1. Casos identificados de conducta e intentos suicida

VARIABLES	CATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casos de intentos suicidas	Hombres	8	6.6%
	Mujeres	17	14.16%
Rango de edad	7-10 años	4	16%
	11-14 años	14	56%
	15-17 años	7	28%
Deseos de morir	No quería morir	10	40%
	No le importaba vivir o morir	8	32%
	Deseaba morir	7	28%

Fuente: Elaboración propia (2018)

En relación a los principales motivos que los alumnos y alumnas presentan para el intento suicidio, destacan los problemas familiares y el sentimiento de rechazo social, tal como se muestra en la figura 2.

Figura 2: Principales motivos de la conducta e intento suicida en jóvenes



Fuente: Elaboración propia (2018)

En relación a las variables de estudios, se encontró una relación entre ideación, baja autoestima (N=25), conducta suicida (N=24) y depresión (N=19 casos). Entre la variable baja autoestima y depresión se obtuvieron 23 casos similares; con problemas familiares 18 casos; por último, se registraron 16 casos relacionados con la depresión y conducta suicida (véase tabla 2).

Tabla 2. Relación entre número de casos y variables asociadas a la conducta suicida

Variables	Ideación	Baja autoestima	Depresión	Problemas familiares	Conducta suicida
Ideación	1	-	-	-	-
Baja autoestima	25 casos	1	-	-	-
Depresión	19 casos	23 casos	1	-	-
Problemas familiares	15 casos	18 casos	9 casos	1	-
Conducta suicida	24 casos	16 casos	16 casos	8 casos	1

Fuente: Elaboración propia (2018)

En la tabla 3. Correlaciones de Pearson, se obtuvo una relación significativa negativa entre autoestima e ideación; es decir, niveles bajos de autoestima (-.228*) aumenta la ideación suicida; la variable ideación y depresión se correlacionan altamente significativa (.606**). Correspondiente a ideación con conducta suicida se obtuvo una relación directa significativa de .430*. La variable funcionamiento familiar se relaciona directamente con la autoestima (.409**); Por último, la variable depresión se relaciona significativamente con la conducta suicida (.467**) y el funcionamiento familiar se correlaciona de manera negativa con la conducta suicida (-.262**).

Tabla 3. Correlaciones entre las variables de estudio

Variables	Ideación	Autoestima	Depresión	Funcionamiento familiar	Conducta suicida
Ideación	1	-	-	-	-
Autoestima	-.228*	1	-	-	-
Depresión	.606**	-.203*	1	-	-
Funcionamiento familiar	-.189*	.409**	-.241**	1	-
Conducta suicida	.430*	-.225**	.467**	-.262**	1

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

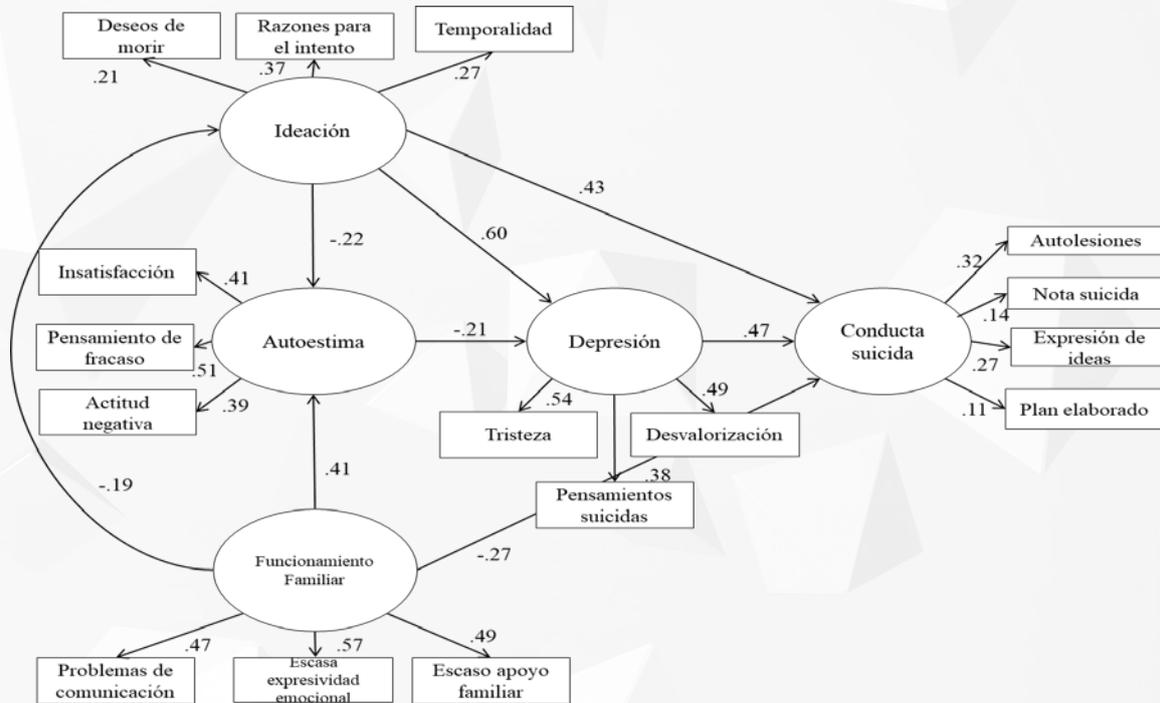
** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Fuente: Elaboración propia (2018)

La figura 3 se ilustra el modelo estructural donde se incluyen las variables del presente, obteniendo una relación de ideación suicida con autoestima (coeficiente estructural =-.22). Por otro lado, la presencia de ideación se relaciona con el funcionamiento familiar (-.19), mientras que esta última se relaciona también con la autoestima (.41). La prueba de correlación muestra que

la depresión funge como variable mediadora de la conducta suicida, la cual depende de la ideación (.60) y autoestima (-.21); por otra parte, se indica relación entre ideación (.43), funcionamiento familiar (-.27) con conducta suicida. De igual modo, se obtuvo validez convergente en los constructos que integran cada uno de los factores con pesos estructurales mayores de .5, siendo esto significativo.

Figura 3: Modelo estructural de las variables del estudio de conducta suicida



Fuente: Elaboración propia (2018)

Los indicadores de bondad de ajuste son unidades de medida que permiten determinar la pertinencia y la interrelaciones entre variables propuestas para el modelo (Bentler, 2006). Los resultados muestran que los indicadores fueron considerados aceptables, ya que se obtuvo un índice de ajuste normado de Bentler-Bonett (BBNFI)=.96, índice de ajuste no normado de Bentler-Bonett (BBNNFI)=.95 y el índice comparativo de ajuste de Bentler (CFI)=.94. Estos valores alcanzan el nivel mínimo aceptable de los indicadores prácticos para considerar un modelo con buena bondad de ajuste es de .90. El valor del Chi cuadrada fue de $X^2 = 14.341$ (8 g.l.). $p = 0.000$. La probabilidad no fue significativa, lo que indica que no existen diferencias entre el modelo teórico y el modelo saturado por las relaciones entre variables. Por último, se obtuvo un valor de .066 en RMSEA (Residuo de cuadrados mínimos) lo cual está dentro de los parámetros considerados aceptables .08. y la R^2 fue .41, lo cual significa que el modelo en su conjunto explica el 41% de la varianza conducta suicida.

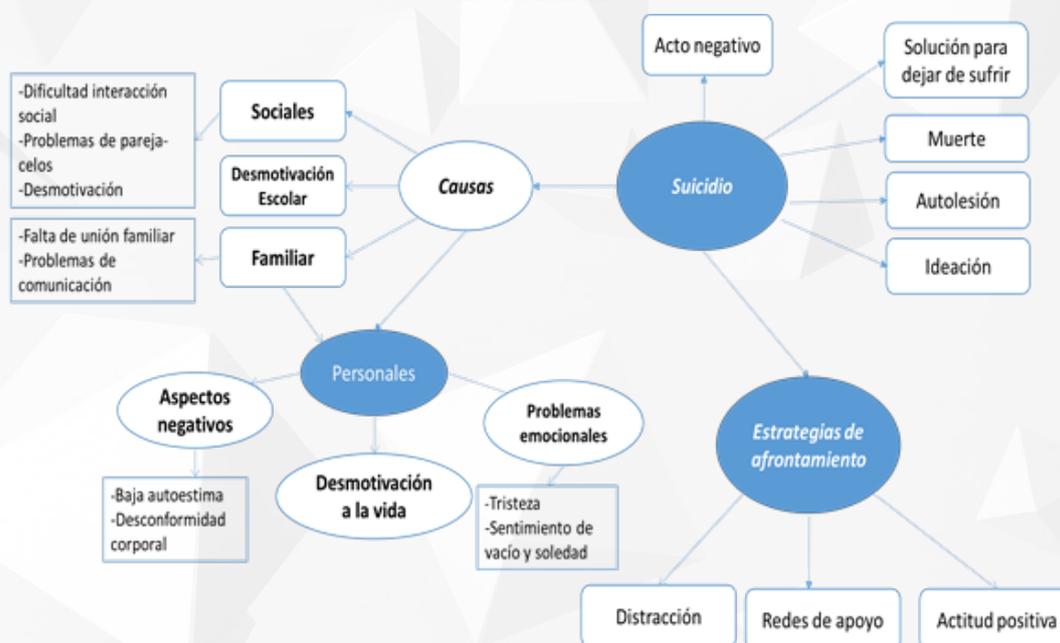
3.2. RESULTADOS CUALITATIVOS

Los resultados cualitativos se obtuvieron a partir de las entrevistas realizadas a los/as adolescentes de secundaria y preparatoria, los discursos con mayor alusión se agrupan en la figura 4. Red general de causas asociadas al suicidio y estrategias de afrontamiento (ver también anexo

2), los resultados ilustraron que, en cuanto a la concepción del suicidio, se obtuvo una relación con la muerte debido a la falta de valor hacia la vida y problemas mentales, atribuyendo la ideación suicida, así como ser un acto negativo con el motivo de «llamar la atención». Por otra parte, se consideró como una solución ante el sufrimiento, como un camino sencillo y un acto de cobardía.

Referente a problemas sociales en los alumnos y alumnas, se hizo alusión a la exclusión social, problemas escolares, familiares y de pareja. Concerniente a problemas personales, se detectaron principalmente problemas emocionales (enojo, pereza, orgullo, sentimientos de tristeza y soledad), así como la manifestación de desconformidad corporal, baja autoestima, desmotivación hacia la vida, falta de iniciativa y problemas para la toma de decisiones, sin embargo, se manifestaron también aspectos positivos que podrían fungir como protectores, tales como la felicidad, altruismo, perseverancia y amabilidad.

Figura 4. Red general de causas asociadas al suicidio y estrategias de afrontamiento



Fuente: Elaboración propia (2018)

4. CONCLUSIONES

Acorde con los resultados obtenidos y los objetivos planteados en el presente, se permitió dar explicación al fenómeno del suicidio en los y las adolescentes de Guaymas, Sonora, México. Se identificó una mayor probabilidad de ideación suicida al presentar depresión, baja autoestima y mal funcionamiento familiar, donde este último hace alusión a problemas de comunicación, escasa expresividad emocional y escaso apoyo familiar, factores que según Bella *et al.* (2010) y Morales *et al.* (2014) son altos factores de riesgo para la conducta suicida. De igual modo se encontró relación entre autoestima y conducta suicida, mediada por la depresión e ideación suicida, donde a mayor depresión e ideación suicida menor autoestima, y por ende, mayor probabilidad de conducta suicida. Así mismo se considera que la baja autoestima generalmen-

te conlleva escasas estrategias de afrontamiento, aumentando las probabilidades de depresión, siendo un detonante ante la ideación y conducta suicida (Ceballos-Ospino *et al.*, 2015).

Acerca del funcionamiento familiar, se obtuvo una gran relación con la posibilidad directa e indirecta del suicidio, debido a que el mal funcionamiento familiar, afecta áreas de comunicación y apoyo familiar, repercutiendo en el autoestima, depresión e ideación suicida, concordando con lo referido por Guibert y Torres (2001), Serrano y Flores (2005), y Riverón *et al.* (2016).

Así mismo, la perspectiva de los alumnos y alumnas participantes es variante, ya que hay quienes relacionan el concepto con la muerte como un acto negativo de autolesiones, o como una solución para dejar de vivir, y quienes lo ven como una «llamada de atención». Del mismo modo indican como principales causas sociales los celos de pareja, desmotivación escolar y problemas de comunicación escolar, y como causas personales la baja autoestima y problemas emocionales, sin embargo, consideran relevantes contar con estrategias de afrontamiento ante el fenómeno del suicidio.

Partiendo de lo anterior, se concluye que los factores psicológicos y sociales que se encuentran en la población de estudio son depresión, baja autoestima, familias disfuncionales, e ideaciones suicidas, los cuales, según el modelo de ecuaciones estructurales, explican un 41% la conducta suicida. Tomando en cuenta que investigadores e investigadoras como Cortés *et al.* (2010), Alfaro *et al.* (2011), Morales *et al.* (2014), Ceballos-Ospino *et al.* (2015), Corona *et al.* (2016), refieren que estos factores son los principales focos de alerta cuando de conducta suicida se trata, convirtiendo un fenómeno que se puede llegar a combatir a través de la prevención oportuna.

Por tanto, siguiendo las posturas y suposiciones de los/as autores/as mencionados y tomando en cuenta las propuestas de la población de estudio, se considera pertinente el desarrollo de programas de prevención de suicidio mediante estrategias de inclusión socioeducativas, debido al ser el contexto educativo un gran influyente en la formación académica y sobre todo individual de los/as jóvenes (Guibert, 2002), esto con la finalidad de desarrollar y/o optimizar la salud mental en las poblaciones vulnerables trabajando a la par con padres de familia.

De igual modo, cabe resaltar la importancia de contribuir en la mejora de la salud mental, mediante conocimientos y técnicas para afrontar los distintos factores de riesgo ante el fenómeno del suicidio. Se cree de igual modo relevante contar en los planteles educativos con personal capacitado para atender situaciones de crisis emocionales. Todo ello aunado por evaluaciones del proceso del programa y, principalmente, disponer de personal adecuado para la realización de programas de intervención y seguimiento en caso de presentar un caso de conducta suicida que partan de estrategias de inclusión educativa y social. Entre estas se proponen el aprendizaje de habilidades sociales, programa de activación física, enseñanza de técnicas socio-afectivas, educación emocional, técnicas de comunicación, grupos de autoayuda, etcétera.

5. REFERENCIAS

- Acuña, M. (2017). Se suicida porque su novio agregó a otra a Facebook. *El diario de Victoria*. Recuperado de <http://www.eldiariodevictoria.com/2017/10/06/se-suicida-novio-agrego-otra-facebook/>
- Alfaro, A. C., Valdés, J. A., Medina, R. S., Dávila, E. R., & Rivero, J. S. D. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(1), pp. 33–41.
- Barrón, A., y Sánchez, E. (2001). Estructura Social, Apoyo Social y Salud Mental. *Psicothema*, 13(1), pp. 17-23.
- Bella, M., Fernández, R., & Willington, J. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes : depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Arch Argent Pediatr*, 108(2), pp. 124–129.
- Bustamante V, Francisco, & Florenzano U, Ramón. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(2), pp. 126-136. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000200006>
- Cañón, S. (2011). Factores De Riesgo Asociados a Conductas Suicidas en Niños y Adolescentes. *Archivos de Medicina*, 11(1), pp. 62–67.
- Ceballos-Ospino, G., Suarez-Colorado, Y., Suescún, Arregocés, J., Gamarra-Vega, L., González, K., y Sotelo-Manjarres, A. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*, 12(1), pp. 15-22.
- Conwell, Y.; Duberstein, P. R. (2001): «Suicide in elders». *The New York Academy of Sciences* 932: 132-47. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb05802.x>
- Corona, B., Hernández, M., & García, R. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), pp. 90–100.
- Cortés, A. (2014). Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1), pp. 132–139.
- Cortés, Alba., Aguila, Juan., Medina, Ramón., Toledo, Luis., y Echemedía, B. (2010). Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la Provincia Sancti Spíritus. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 48(1), pp. 23–26.
- Duarte, Y., Lorenzo-Luaces, L., & Rosseló, J. (2012). Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, auto- concepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología Asociación de Psicología de Puerto Rico*, 23(1), pp. 1–17.
- Durkheim, É. (1971). *El Suicidio: estudio de sociología*. Buenos Aires: Editorial Schapire.
- Echeita, G. (2008). Inclusión y Exclusión Educativa. "Voz y Quebranto". *Revista Electronica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 6(2). 9-18
- Echeita, G., y Ainscow, M. (2011). La educación inclusiva como derecho. Marco de referencia y pautas de acción para el desarrollo de una revolución pendiente. *Tejuelo*, 12, 26-46.

Guibert, W., y Torres, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), pp. 452-460. ISSN 1561-3038.

Guibert, R. (2002). Prevención de la conducta suicida en la APS. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(2), pp. 149-154.

Herrera, P., & Avilés, K. (2000). Factores familiares de riesgo en el intento suicida. *Revista Cuban Med Gen Integr*, 16(2), pp. 134-137.

Holguín, J., Rodríguez, M., Pérez, R., & Valdez, E. (2007). Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y Salud*, 17(1), pp. 45-51.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre). Datos nacionales*. <https://doi.org/10.1787/factbook-2014-99-en>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Banco de Indicadores*. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/app/indicadores/?ind=6200240338&ag=00#divFV62002403386200240526#D6200240338>

Leiva, L., George, M., Squiacciarini, A., Simonsohn, A., y Guzmán, J. (2015)- Intervención preventiva de salud mental escolar en adolescentes: desafíos para un programa público en comunidades educativas. *Universitas Psychologica*, 14(4), pp. 15-27

López, R. (2017). Suicidio, un fenómeno en Guaymas. *Diario del Yaqui*. Recuperado de <http://diariodelyaqui.mx/2017/08/12/suicidio-un-fenomeno-en-guaymas/>

Madrigal, E., Fonseca, J. y Vázquez, J. (2004). Boletín Latinoamericano Adolescencia (Guadalajara, Jal., México), *Nueva Época*, 10, enero-junio

Morales, S., Armijo, I., Moya, C., Echávarri, O., Barros, J., Varela, C., ... Sánchez, G. (2014). Percepción de cuidados parentales tempranos en consultantes a salud mental con intento e ideación suicida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(3), pp. 403-417. <https://doi.org/dx.doi.org/10.12804/apl32.03.2014.06>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Epidemiología*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Suicidio*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

Piedrahita, L., García, M., Mesa, J., & Rosero, I. (2011). Identificación de los factores relacionados con el intento de suicidio, en niños y adolescentes a partir de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. *Colombia Médica*, 42(3), pp. 334-341.

Ramírez, M., Castillo, A., Cardona, K., & Mosquera, M. (2017). Concepción del suicidio en jóvenes desde la psicología social comunitaria. *Psicología, Psicoanálisis y Conexiones*, 9(14), 1-12.

Riverón, L., Velázquez, R., Borrero, O., & Fonseca, M. (2016). Factores de riesgo, síntomas y conducta ante adolescentes con intentos suicidas. *16 de Abril*, 55(262), pp. 18-24.

Rodríguez, A., Páez, R., Altamirano, E., Paguay, F., Rodríguez, C., y Calero, S. (2017). Nuevas perspectivas educativas orientadas a la promoción de la salud. *Educación Médica Superior* 31(4), pp. 1-11.

Rosado, M., y García, F. (2014). El suicidio masculino: Una cuestión de género. *Prisma Social, Revista de Ciencias Sociales*, 13: pp.433-492.

Rueda, S. (2012). Perfil de orientación al suicidio según indicadores de salud mental en adolescentes escolarizados. Medellín - zona noroccidental , 2010. *Rev. Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(1), pp. 52-56.

Sánchez, D., Domínguez, F., Alfonso, L., & González, I. (2015). Estrategias y estilos de afrontamiento en adolescentes con intento suicida. *Revista de Ciencias Médicas: La Habana*, 21(3), pp. 606-618.

Serrano, M., & Flores, M. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 15(2), pp. 221-230.

Toro, R., Avendaño, B., & Castrillón, D. (2016). Design and psychometric analysis of the hopelessness and suicide ideation inventory «iDIS.» *International Journal of Psychological Research*, 9(1), pp. 52-63.

Turvey, C., Conwell, Y., Jones, M., Phillips, C., Simonsick, E., Pearson, J., y Wallace, R. (2002). Risk Factors for Late-Life Suicide: A Prospective, Community-Based Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 10(4), pp. 398-406

Wong, P., Chan, W., Chen, E., Chan, S., Law Y., y Yip, P. (2008). Suicide among adults aged 30-49: a psychological autopsy study in Hong Kong. *BMC Public Health* 8(147). Doi:10.1186/1471-2458-8-147.

6. ANEXOS

ANEXO 1. BATERÍA DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS UTILIZADA

Cuestionario - Escala Factores asociados al suicidio

Con el presente cuestionario- escala se pretende conocer tu opinión, de manera confidencial, sobre la situación de ideación y conducta suicida en jóvenes. De manera de realizar un diagnóstico social de los factores que influyen y brindar estrategias para la resolución de conflictos, para prevenir los casos de suicidio.

Su contribución es de gran interés para la mejora de este tema. Por ellos, con el fin de poder recoger oportunamente su opinión le solicitamos la siguiente información, la cuál será utilizada para los fines de investigación.

Datos sociodemográficos

Nombre o iniciales: _____ Edad: _____

Grado: _____ Grupo: _____ ¿Tienes pareja? _____

¿Cuánto tiempo llevas con tu pareja? _____ ¿Cómo es la relación? _____

I. A continuación se presentan una serie de situaciones favor de encerrar la respuesta con la que te identifiques en estas dos últimas semanas. Asegúrate de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

<p>1. <i>Deseos de vivir</i></p> <p>0. Moderadamente fuerte</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Ninguno</p>	<p>2. <i>Deseos de vivir</i></p> <p>0. Ninguno</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Moderadamente fuerte</p>
<p>3. <i>Razones para vivir/morir</i></p> <p>0. Porque seguir viviendo vale más que morir</p> <p>1. Aproximadamente iguales</p> <p>2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo</p>	<p>4. <i>Deseo de intentar activamente el suicidio</i></p> <p>0. Ninguno</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Moderadamente fuerte</p>
<p>5. <i>Deseos pasivos de suicidio</i></p> <p>0. Puede tomar preocupaciones para salvaguardar la vida</p> <p>1. Puede dejar de vivir/ morir por casualidad</p> <p>2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida</p>	<p>6. <i>Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)</i></p> <p>0. Breve, períodos pasajeros</p> <p>1. Por amplios períodos de tiempo</p> <p>2. Continuo (crónico) o casi continuo</p>
<p>7. <i>Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)</i></p> <p>0. Raro, ocasional</p> <p>1. Intermitente</p> <p>2. Persistente o continuo</p>	<p>8. <i>Actitud hacia la ideación/deseo</i></p> <p>0. Rechazo</p> <p>1. Ambivalencia, indiferencia</p> <p>2. Aceptación</p>

2. ¿Qué edad tenías la única o última vez que te hiciste daño a propósito, con el fin de quitarte la vida? _____

3. Cuando te hiciste daño con el fin de quitarte la vida:

1. No querías morir 2. No te importaba si vivías o morir 3. Deseabas morir 4. Nunca lo he hecho

4. ¿Qué te motivó hacerte daño? _____

5. ¿Cómo lo hiciste? _____

II. Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos igual que los demás				
2. Me inclino a pensar que, en conjunto soy un fracasad@				
3. Creo que tengo varias cualidades buenas				
4. Puedo hacer cosas tan bien como la mayoría de la gente				
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgullos@				
6. Tengo una actitud positiva hacia mi mism@.				
7. En general estoy satisfech@ de mi mism@				
8. Desearía valorarme más				
9. A veces me siento verdaderamente inútil.				
10. A veces pienso que no sirvo para nada				

III. La escala siguiente tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado, según se observa el siguiente cuadro. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes en mi familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otros familiares ante situaciones difíciles.					
8. Cuando algún miembro de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos cariño que nos tenemos.					

IV. Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos, elija uno de cada grupo, el que mejor lo describa el modo que se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido.

<p><i>1. Tristeza</i></p> <p>0. No me siento triste.</p> <p>1. Me siento triste gran parte del tiempo</p> <p>2. Me siento triste todo el tiempo.</p> <p>3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo</p>	<p><i>6. Sentimiento de castigo</i></p> <p>0. No siento que este siendo castigado</p> <p>1. Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2. Espero ser castigado.</p> <p>3. Siento que estoy siendo castigado.</p>
<p><i>2. Pesimismo</i></p> <p>0. No estoy desalentado respecto del mi futuro.</p> <p>1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.</p> <p>2. No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p>	<p><i>7. Disconformidad con uno mismo.</i></p> <p>0. Siento acerca de mi lo mismo que siempre.</p> <p>1. He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2. Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3. No me gusto a mí mismo.</p>
<p><i>3. Fracaso</i></p> <p>0. No me siento como un fracasado.</p> <p>1. He fracasado más de lo que hubiera debido.</p> <p>2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.</p> <p>3. Siento que como persona soy un fracaso total.</p>	<p><i>8. Autocrítica</i></p> <p>0. No me critico ni me culpo más de lo habitual</p> <p>1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo</p> <p>2. Me critico a mí mismo por todos mis errores</p> <p>3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p>
<p><i>4. Pérdida de placer</i></p> <p>0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</p> <p>1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.</p> <p>2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.</p> <p>3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p>	<p><i>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</i></p> <p>0. No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría</p> <p>2. Querría matarme</p> <p>3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p>

<p>10. Sentimientos de culpa 0. No me siento particularmente culpable. 1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3. Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>15. Llanto 0. No lloro más de lo que solía hacerlo. 1. Lloro más de lo que solía hacerlo. 2. Lloro por cualquier pequeñez. 3. Siento ganas de llorar pero no puedo</p>
<p>7. Agitación 0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. 1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual. 2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p>	<p>16. Irritabilidad 0. No estoy tan irritable que lo habitual. 1. Estoy más irritable que lo habitual. 2. Estoy mucho más irritable que lo habitual. 3. Estoy irritable todo el tiempo.</p>
<p>8. Pérdida de Interés 0. No he perdido el interés en otras actividades o personas. 1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3. Me es difícil interesarme por algo.</p>	<p>17. Cambios en el Apetito 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual. 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. 2a. Mi apetito es mucho menor que antes. 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual 3^a. No tengo apetito en absoluto. 3b. Quiero comer todo el día.</p>
<p>9. Indecisión 0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre. 1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones 2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión</p>	<p>18. Dificultad de Concentración 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente 2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p>

<p>7. Desvalorización 0. No siento que yo no sea valioso 1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. 3. Siento que no valgo nada.</p>	<p>19. Cansancio o Fatiga 22. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. 1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. 2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. 3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía</p>
<p>20. Pérdida de Energía 0. Tengo tanta energía como siempre. 1. Tengo menos energía que la que solía tener. 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado. 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.</p>	<p>23. Pérdida de Interés en el Sexo 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo. 3. He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
<p>21. Cambios en los Hábitos de Sueño 0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1^a. Duermo un poco más que lo habitual. 1b. Duermo un poco menos que lo habitual. 2a Duermo mucho más que lo habitual. 2b. Duermo mucho menos que lo habitual 3^a. Duermo la mayor parte del día 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no</p>	

Entrevista semiestructurada

1. ¿Qué piensas acerca del suicidio?
2. ¿Conoces algún caso de suicidio cercano?
3. ¿Alguna vez te has hecho daño? ¿Cómo lo has hecho?
4. ¿Sientes que la vida no vale nada?
5. ¿Alguna vez has pensado en suicidarte? ¿Cómo has pensado llevarlo a cabo?
6. ¿Tienes problemas familiares, de pareja o escolares?
7. ¿Cómo te sientes cuando te deprimes?
8. ¿Qué piensas acerca de ti?
9. ¿Qué te motiva cada día?
10. ¿Cómo confrontas los problemas que se te presentan?

ANEXO 2. RECOPIACIÓN DE ALGUNOS DISCURSOS ALUSIVOS

1. Concepción del suicidio

¿"... Que solo los locos para eso..."

(Participante 2, sexo Hombre, estudiante de secundaria.)

"Es una tontada porque la gente solo quiere llamar la atención..." (Participante 1, sexo Hombre, estudiante de preparatoria.)

"Pienso que no está bien ni mal, ya que es una forma de dejar de sufrir"...

(Participante 2, sexo Mujer, estudiante de preparatoria.)

"Es una forma cobarde de afrontar los conflictos"...

(Participante 4, sexo Hombre, estudiante de preparatoria.)

2. Problemas sociales

..."A veces no quiero estudiar"

(Participante 5, sexo Hombre, estudiante de secundaria.)

..."Familiares, entre mi mamá"...

(Participante 4, sexo Mujer, estudiante de preparatoria.)

..."Sí, familiares y escolares"...

(Participante 1, sexo Hombre, estudiante de preparatoria.)

..."Mi pareja es muy celosa, no quiere que haga nada"...

(Participante 10, sexo Estudiante de preparatoria.)

..."Escolares (salgo muy mal en algunas materias)"...

(Participante 3, sexo Hombre, Estudiante de preparatoria.)

3. Problemas personales

"...Me siento con baja autoestima y me dan choques eléctricos en mi corazón.."

(Participante 14, sexo hombre).

"...Me siento que no soy nadie, nadie en esta vida que no se para que nací..."

(Participante 17, sexo mujer).

"...Triste sin querer hacer nada, solo acostarme y dormir o pensar (reflexionar)..."

(Participante 26, sexo hombre"