

Conductas asociadas al suicidio y su relación con el
apoyo social y la sintomatología depresiva

Suicidal behaviors and their association with social
support and depression symptoms

CAROLINA SANTILLÁN TORRES TORIJA

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala,
México.

carolina.santillan@comunidad.unam.mx

LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala,
México.

lleguiluz@hotmail.com

ZYANYA ZAZHYL ORTIZ TESIS

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala,
México.

zz.ortiz.tesis@gmail.com

ANGÉLICA MARÍA CAMPOS MARTÍNEZ

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala,
México.

acilegnaariam04@gmail.com

RESUMEN

La mortalidad por suicidio en jóvenes ha aumentado de manera constante en México en los últimos 40 años. El aislamiento es una conducta que suelen presentar los jóvenes con síntomas de depresión, que es el trastorno más frecuente en las personas que han presentado conductas asociadas al suicidio. Por lo que el objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de sintomatología depresiva, conocer los niveles de apoyo social, y conocer si hay asociación entre suicidio, depresión y el apoyo social en estudiantes universitarios de licenciaturas del área de la salud, en una muestra de 119 estudiantes de una universidad pública, quienes respondieron a las escalas PHQ-9 (Diez-Quevedo, Rangil, Sánchez-Planell, Kroenke & Spitzer, 2001) y Apoyo social. Como

resultados se encontró que hubo niveles de depresión más altos en estudiantes pertenecientes a la comunidad de la diversidad sexual. No se encontró una asociación entre sexo y depresión, aunque la media de los hombres resultó con una puntuación más elevada, comparada con la de las mujeres. En lo que respecta al apoyo social, la población homosexual presentó niveles menores; y en mujeres, el índice es más alto comparado con los hombres. En la población sin intentos previos de suicidio, los participantes presentaron mayor apoyo social y menor índice de depresión. La asociación entre suicidio, depresión y apoyo social; indicó una correlación inversamente proporcional, a mayor apoyo social decrecientan, la variable de depresión, así como la variable de intentos suicidas.

Palabras clave: *suicidio, depresión, apoyo social, estudiantes universitarios.*

ABSTRACT

The past 40 years, mortality from suicide in young people has increased steadily in Mexico. Isolation is a behavior that often occurs in young people with symptoms of depression, which is the most common disorder in people who have presented suicidal behaviors. Therefore, the objective of the study was to know the prevalence of depressive symptomatology, to know the levels of social support, and to know if there is an association between suicide, depression and social support in university students from health area licenses in a sample of 119 students from a public University, who responded the PHQ-9 (Diez-Quevedo, Rangil, Sánchez-Planell, Kroenke, & Spitzer, 2001) and Social Support scales. As a result, it was found that there were higher levels of depression in students belonging to the community of sexual diversity. No association was found between sex and depression, although the average of the men resulted in a higher score, compared to the women. Regarding social support, the homosexual population presented lower levels; and in women, the index is higher compared to men. In population without previous suicide attempts, participants presented greater social support and lower depression rate. The association between suicide, depression and social support; suggests an inversely proportional correlation, greater social support, decreases the depression variable, as well as the suicide attempts variable.

Keywords: *suicide, depression, social support, university student.*

Introducción

La mortalidad por suicidio en México ha aumentado de manera lenta pero constante en los últimos 40 años. De hecho, el suicidio constituye una de las cinco principales causas de muerte hasta los 34 años de edad, y la tercera entre

los 15 y 24 años (Borges, Orozco & Medina-Mora, 2012). Zárate (2018) menciona que en el 2016 la muerte por suicidio en jóvenes entre 15 y 29 años representó el 41.2% del total de casos en México. Existen diferencias en cuanto al género: hay 68 mil 309 casos de suicidios cometidos por hombres y 15 mil 225 realizados por mujeres. Por su parte, el INEGI (2018) reporta que las tasas más altas de suicidios se presentan en los jóvenes de 20 a 29 años, y las causas principales son los problemas familiares, los problemas amorosos y la depresión, entre otras. De la misma forma, como consecuencia de la discriminación de que son objeto, las personas con una orientación sexual diferente a la heterosexual son las que presentan mayores tasas de tendencia al suicidio e ideas suicidas, lo que los convierte en un grupo de riesgo (CEAV, 2015; Tomicic *et al.*, 2016).

De acuerdo con Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora (2010) existen diversos motivos por los cuales el estudio de las conductas asociadas al suicidio (ideación, planeación, instrumentación) cobra relevancia en este país, entre los principales, que estas no sólo producen malestar y sufrimiento, sino que también forman parte de los antecedentes fundamentales de una posterior muerte por suicidio.

Según algunos autores (Fernández, Ceballos, Mateos, Alves, y García, 2015), la conducta suicida se encuentra influenciada por una combinación de diversos factores —biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, contextuales y situacionales—.

Tomando en cuenta lo anterior, en México la conducta suicida y las muertes por suicidio representan un creciente problema de salud, lo que ha dado como resultado que la investigación se enfoque en determinar cuáles son los factores de riesgo y los factores protectores que podrían resultar o no en el evento suicida. Y este problema cobra más sentido si se toma en cuenta que para los jóvenes mexicanos el panorama se visualiza aún más incierto dadas las condiciones del país (Vázquez, Piña, González-Forteza, Jiménez, y Mondragón, 2015).

En este sentido, de acuerdo con la Teoría Interpersonal del Suicidio, propuesta por Joiner (2005), existen tres factores que influyen para que una persona tenga el deseo o decida terminar con su vida. El primero de ellos hace referencia al hecho de autoinflingirse daño; el segundo se refiere a la percepción de que uno es una carga, así como las cogniciones cargadas de odio hacia uno mismo, y el tercero indica la falta de pertenencia a un grupo, que no sólo incluye el sentimiento de soledad, sino la falta de reciprocidad de la comunidad. Las personas que desean o han decidido terminar con su vida han perdido el miedo a la muerte, se han habituado al dolor y creen que son incapaces o deficientes al grado de representar una carga o responsabilidad para otros. Además, tienen la percepción de que no hay relaciones significativas.

Esta teoría ha resultado certera para el entendimiento de la conducta suicida, debido a que cada vez hay más evidencia de la presencia de dichos tres

factores; por ejemplo, en un estudio realizado por Fernández *et al.* (2015), en el que analizaron las notas de personas que murieron por suicidio, se confirmó la presencia de contenido relacionado con los factores de riesgo interpersonales, sobre todo el relacionado a la falta de pertenencia a un grupo. Por su parte, Hollingsworth *et al.* (2018) examinaron la percepción de ser una carga y la pertenencia frustrada en estudiantes universitarios, y encontraron que el percibirse como una carga media la relación entre el apoyo social percibido y la ideación suicida, así como la relación entre la falta de conexión social y la ideación suicida. De igual manera, George, Collins, Cao, Stritzke y Page (2017) pusieron a prueba la teoría en una situación simulada, en la que estudiantes universitarios debían resolver en parejas cierta tarea computarizada. Encontraron que, aunque cualquier forma de fracaso es aversiva, fallarle a otros amplifica el deseo de terminar con la tarea, lo que refuerza la idea de que la fallida eficacia personal y la falta de pertenencia son estados particularmente adversos, aun en una tarea de corta duración, y que en términos de la teoría se traducirían en el deseo de terminar con la vida.

Es así como la pertenencia frustrada y la percepción de ser una carga son importantes mediadores de la relación entre el riesgo de suicidio y la consumación del acto. De hecho, es posible afirmar que estos dos son los mecanismos a través de los cuales la ideación suicida se ve influenciada (Hollingsworth *et al.*, 2018).

Lo anterior evidencia que las políticas públicas establecidas, la discriminación, la violencia, la manera como se distribuyen los ingresos económicos, la pobre inversión en educación y salud son ejemplos de factores sociales estructurales que afectan la salud de los habitantes. Esto visibiliza las marcadas desigualdades que son importantes en sí mismas debido a que afectan de manera directa las oportunidades, acceso a vivienda, alimentos, educación y servicios de salud. Lo anterior genera un ambiente social inadecuado para las necesidades de la población en general, al que se suman el sentimiento de desolación, el abuso y las relaciones sociales conflictivas (González, Pineda, & Gaxiola, 2018; Organización Mundial de la Salud, 2014).

En este contexto, los trastornos mentales se han convertido en un importante problema de salud en los últimos años, cuyas implicaciones demuestran que es una situación que requiere de un mejor y mayor estudio, que a su vez permita implementar estrategias adecuadas para su resolución. Si bien es cierto que recientemente los suicidios se comienzan a presentar en edades cada vez más tempranas, su prevalencia se torna significativa entre los estudiantes universitarios. Esta idea se sustenta en el hecho de que es una época de transición que va de la adolescencia a la adultez y que, por ende, implica diversos cambios y retos, que pueden incluir la independencia de los padres, menos supervisión, cambios en los roles, inestabilidad en las relaciones que establecen, prepararse profesionalmente, empezar a trabajar, ganar dinero, buscar un balance entre los

valores externos e internos que les permita desenvolverse de una forma óptima en la sociedad, lo que podría resultar en una reducción del apoyo social, el aumento del estrés y confusión, entre otras consecuencias (Auerbach *et al.*, 2018; Eguiluz, Ortiz, & Illarramendi, 2016; Hefner & Eisenberg, 2009).

Según Auerbach *et al.* (2018), el trastorno mental con mayor prevalencia es la depresión mayor. Por ejemplo, en México, el inegi (2019) reporta que, en 2017, 413 180 personas de entre 15 y 19 años se han sentido deprimidas. En este indicador la diferencia de género resulta relevante, pues dicho trastorno se encuentra estadísticamente relacionado con el género femenino (Auerbach *et al.*, 2018; González-Forteza, Hermosillo de la Torre, Vacio, Peraltac & Wagner, 2015; Hefner & Eisenberg, 2009; Hollingsworth *et al.*, 2018; INEGI, 2019) y con la orientación sexual (CEAV, 2015; Tomicic *et al.*, 2016), siendo estos grupos poblacionales los que presentan mayor presencia de sintomatología depresiva.

La depresión se caracteriza por su impacto en el estado de ánimo y el afecto de quien la presenta, y está ligada a cambios o problemas en otras esferas de la vida, tales como pérdida de apetito, fatiga, sueño, dificultades cognitivas, culpa excesiva e ideación suicida, entre otros (González-Forteza *et al.* 2015).

La teoría cognitiva ha contribuido de manera significativa al abordaje de la depresión, estableciendo una relación entre el estilo cognitivo negativo y los síntomas depresivos. Por ejemplo, el modelo cognitivo de la depresión propuesto por Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) postula tres conceptos para explicar la depresión: el primero de ellos es la triada cognitiva, el segundo son los esquemas, y el tercero son los errores cognitivos o errores en el procesamiento de la información. La combinación de estos conceptos se traduce en que la persona con depresión mantiene una visión negativa de sí misma, realiza una interpretación negativa de sus experiencias interpersonales, en términos de derrota o frustración, y además considera que esto se prolongará en el futuro, lo que determinará el modo en que estructurará ciertas experiencias.

Por otro lado, la depresión también se ha abordado desde una perspectiva interaccional, la cual complementa, de cierto modo, a la teoría cognitiva antes mencionada. Esta teoría enfatiza no sólo los factores que operan desde la experiencia subjetiva y el comportamiento del individuo, sino también los que se dan en la relación entre esta individualidad y el ambiente, así como la importancia que tienen las relaciones interpersonales cercanas, esto es, la conducta interpersonal se ve influenciada según el contexto, incluyendo las características de la respuesta de la persona con depresión y de aquellos con quienes interactúa (Coyne, 1999).

De acuerdo con la literatura antes mencionada, tal parece que un acercamiento importante para el entendimiento de las problemáticas de salud mental en los estudiantes es el contexto bajo el cual se relacionan, ya que es donde los

estilos negativos de pensamiento y los síntomas de depresión cobran una mayor relevancia.

Hefner y Eisenberg (2009) sugieren que los amigos, la familia y los otros significativos constituyen una fuente importante de apoyo social, que a su vez influye de manera importante en la salud emocional y el bienestar de los estudiantes. De esta manera, el apoyo social es considerado un recurso psicosocial de afrontamiento que impacta positivamente en la autoestima y la autoeficacia, amortiguando los efectos negativos del estrés, lo cual se complementa con lo mencionado por Riquelme *et al.* (2016). Estos autores aseguran que se puede hablar de las fuentes de apoyo, como pareja, familia, amigos, compañeros, vecinos, y una perspectiva focalizada en lo social.

Cobb (1976) asevera que el apoyo social puede ser concebido de tres maneras diferentes: cuando una persona piensa que es amada y se preocupan por ella; cuando una persona cree que es estimada y valorada, y cuando una persona pertenece a una red de comunicación y obligación mutua.

Así, los efectos benéficos del apoyo social podrían verse reflejados en el hecho de que las grandes redes sociales regularmente proporcionan a las personas experiencias positivas, un conjunto de roles estables y recompensados socialmente en la comunidad y un reconocimiento de la autoestima, además de que la integración en alguna red social podría ayudar a evitar o resolver ciertas situaciones negativas, que aumentarían, a su vez, la probabilidad de que se presente algún trastorno psicológico o físico (Cohen y Wills, 1985). Holahan, Moos y Bonin (1999) plantean que los individuos con familias que los apoyan son más activos y enfocados en la resolución de problemas que aquellos a quienes sus familias no los apoyan, es decir, tienen mejores habilidades de afrontamiento, factor que ayuda a mantener cierto ajuste psicológico durante los periodos de estrés.

Por el contrario, la falta de apoyo social constituye un factor de riesgo en estudiantes universitarios, más aún si presentan características que los hacen diferentes a la mayoría, como el nivel socioeconómico bajo, la etnia o la orientación sexual (Hefner & Eisenberg, 2009). González *et al.* (2018) indican que las dificultades de tipo social, como la pérdida de un amigo, apoyo social inadecuado, vivir solo, el divorcio de los padres, abandono y los problemas escolares, pueden constituir variables importantes en la aparición de síntomas relacionados con la depresión. Morales *et al.* (2017) comentan que las dificultades con personas cercanas pueden contribuir a la conducta depresiva, al igual que los conflictos interpersonales, el aislamiento social y ambientes familiares que limitan la autonomía y que pueden promover dependencia, vulnerabilidad y desconfianza en las propias habilidades de afrontamiento.

La falta de apoyo social también se encuentra relacionada con algunos factores sociodemográficos; por ejemplo, los hombres tienden a presentar una baja calidad de apoyo social (Hefner & Eisenberg, 2009). De igual modo,

se observa la falta de apoyo social, principalmente el rechazo familiar, en las personas con una orientación sexual diferente a la heterosexual (Tomicic *et al.*, 2016).

En resumen, tal como se mencionó previamente, la presencia de depresión, así como la falta de apoyo social, ha demostrado estar relacionada con conductas asociadas al suicidio (González-Forteza *et al.*, 2015; Hefner & Eisenberg, 2009).

Las investigaciones revisadas señalan que la falta de apoyo social, la depresión y las conductas asociadas al suicidio se encuentran estrechamente relacionados, por lo que el presente estudio tiene como objetivo conocer la prevalencia de sintomatología depresiva, conocer los niveles de apoyo social, y conocer si hay asociación entre la ideación suicida, la depresión y el apoyo social en estudiantes universitarios de licenciaturas del área de la salud.

Método

Participantes

119 estudiantes (89 mujeres, 30 hombres) que solicitaron el servicio de psicoterapia en la estrategia Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio (CREAS) de la FES-Iztacala, durante el período comprendido del 9 de diciembre del 2014 al 21 de febrero del 2019. En su mayoría, pertenecientes a carreras relacionadas con la salud, entre ellas: psicología (42.9%), biología (16.8%), medicina (12.6%), enfermería (7.6%), cirujano dentista (5.9%), optometría (2.5%) y otro (11.8%) (véase Tabla 1, para datos sociodemográficos).

Materiales y procedimiento

Los cuestionarios fueron aplicados a través de *formularios de Google*. Los participantes firmaron una carta de consentimiento informado. Respondieron a límites de confidencialidad, datos sociodemográficos, así como el llenado de la escala de depresión PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*) traducida al español (Diez-Quevedo *et al.*, 2001), y la Escala de Apoyo Social (EAS). Los resultados obtenidos se analizaron con el software estadístico SPSS versión 25.

Se usaron dos instrumentos. El primero fue la escala de depresión PHQ-9 (Diez-Quevedo *et al.*, 2001) en su versión en español, la cual consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos en las últimas dos semanas. Cada ítem tiene un índice de cero a tres, donde “0” corresponde a “nunca”, “1” a “algunos días”, “2” a “más de la mitad de los días” y “3” a “casi todos los días”, con un nivel de confiabilidad de alfa de Cronbach de $\alpha = .912$.

El segundo instrumento corresponde a una Escala de Apoyo Social (EAS), la cual incluye datos sociodemográficos y fue construida con referencia a dos instrumentos en inglés (la *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* y

el *Inventory of Socially Supportive Behaviors*), pero tomando en consideración las características idiosincrásicas de la población mexicana. La escala está constituida por 21 ítems, los cuales están clasificados en tres factores: Apoyo social (percepción de recibir apoyo de las personas), Apoyo familiar (percepción de recibir apoyo de la familia) y Apoyo de amigos (percepción recibir apoyo de los amigos). Se trata de una escala tipo Likert de cuatro puntos: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo, con un nivel de confiabilidad de alfa de Cronbach de $\alpha = .912$.

Aparato estadístico

Se produjeron análisis descriptivos, tales como porcentajes, medias y desviaciones estándar. En específico, frecuencias y porcentajes para datos sociodemográficos; conductas asociadas al suicidio (intentos, ideación y planeación), por sexo, carrera y orientación sexual. Así como frecuencias y porcentajes para conductas asociadas al suicidio, en específico, la variable de Intentos de suicidio. Después se calculó la frecuencia y porcentajes en este factor, en sus seis categorías (0, 1, 2, 3, 4, y más de 4 intentos, respectivamente). Se realizó una nueva clasificación: “Los que nunca han tenido un intento” y “Los que tuvieron intentos previos”.

Al respecto de las medias y desviaciones, estas se realizaron para Total de PHQ-9 por sexo y por orientación sexual. En la Escala de Apoyo Social se realizaron, de la misma forma, por sexo y orientación sexual. Después se realizó un informe de estadísticos de grupo, se calcularon las medias y las desviaciones para conductas asociadas al suicidio, en las dos categorías: “Los que nunca han tenido un intento” y “Los que tuvieron intentos previos” (con un rango de 1 a 4 intentos), en las dos pruebas mencionadas.

A continuación, se realizó un análisis de varianza ANOVA para PHQ-9 para inter-grupos e intra-grupos con el fin de investigar la diferencia entre las puntuaciones de éste inventario y sus dimensiones.

Se utilizó la prueba t de Student para identificar diferencias entre las puntuaciones del inventario PHQ-9 y de la escala de Apoyo Social, en grupos independientes (hombres y mujeres, estudiantes).

Por último, se emplearon correlaciones Pearson y Rho Spearman para probar el vínculo entre las puntuaciones de escala de Apoyo Social, PHQ-9 e intentos de suicidio o factores relacionados con el suicidio (“Los que nunca han tenido un intento” y “Los que tuvieron intentos previos”). El límite de significación se estableció en $p < 0.05$.

Tabla 1
Características sociodemográficas de los participantes

Variable		N	%	
Sexo	Mujeres	89	74.8	
	Hombres	30	25.2	
Orientación sexual	Heterosexual	91	76.5	
	Homosexual	7	5.9	
	Bisexual	21	17.6	
Estado civil	Soltero	114	95.8	
	Casado	3	2.5	
	Separado	2	1.7	
	Primero	29	24.4	
	Segundo	12	10.1	
	Tercero	17	14.3	
	Cuarto	18	15.1	
Semestre	Quinto	5	4.2	
	Sexto	13	10.9	
	Séptimo	7	5.9	
	Octavo	8	6.7	
	Noveno	1	0.8	
	Décimo	2	1.7	
	Otro	7	5.9	
	Carrera	Psicología	51	42.9
		Medicina	15	12.6
		Enfermería	9	7.6
Biología		20	16.8	
Optometría		3	2.5	
Cirujano Dentista		7	5.9	
Otro	14	11.8		

Resultados

La escala de depresión PHQ-9 muestra que la media para hombres fue de ($M = 20.20$) y en mujeres fue de ($M = 19.65$). Utilizando la prueba t de Student para muestras independientes, donde se comparó si había diferencias significativas entre hombres y mujeres, se encontró que hubo una diferencia significativa

en los puntajes para las condiciones en mujeres ($M = 19.65$, $DT = 6.59$) y en hombres de ($M = 20.20$, $DT = 5.40$), $t(117) = -.41$, $p = .68$. La diferencia entre unos y otros no es estadísticamente significativa.

Por otro lado, en lo que respecta a la Escala de Apoyo social, la media para el factor sexo fue de $M = 44.62$ para mujeres y $M = 38.50$ para hombres. Utilizando la prueba t de Student para muestras independientes, se encontró una diferencia significativa en los puntajes para las condiciones en mujeres ($M = 44.62$, $DT = 9.22$) y en hombres ($M = 38.50$, $DT = 13.08$), $t(117) = .033$, $p = .006$.

Con el fin de comparar el efecto del factor de Apoyo social en condiciones de orientación sexual (heterosexual, homosexual y bisexual), se efectuó una prueba ANOVA entre los participantes. Los resultados de esta prueba revelaron que no hubo un efecto significativo de Apoyo social (Escala de Apoyo social) en heterosexual, homosexual y bisexual en el nivel $p < .05$ para las tres condiciones [$F(2, 116) = 2.181$, $P = .117$]. En conjunto, estos resultados sugieren que la orientación sexual puede estar relacionada con los factores de Apoyo social.

En relación con la medida de ideación suicida, se realizó una prueba t de Student de muestras independientes para comparar el factor de Apoyo social con el factor de suicidio en condiciones de intentos previos y sin intentos previos. Hubo una diferencia significativa en los puntajes para las condiciones en intentos previos ($M = 41.58$, $DT = 10.50$) y sin intentos previos ($M = 45.54$, $DT = 9.39$), $t(107) = .59$, $p = .041$. Se pudo concluir que existe una diferencia estadísticamente significativa entre sus dos condiciones, y se encontró que hay asociación entre suicidio y el apoyo social. Específicamente, los resultados sugieren que a mayor apoyo social, disminuyen los intentos.

Por otro lado, se comparó si había diferencias significativas entre suicidio y depresión, utilizando la prueba t de Student para muestras independientes. Esto se realizó entre el factor Suicidio (en condiciones de intentos previos y sin intentos previos) y la escala de PHQ-9. Se encontró una diferencia significativa en los puntajes para las condiciones en intentos previos ($M = 20.75$, $DT = 6.01$) y sin intentos previos ($M = 17.98$, $DT = 6.44$), $t(107) = .41$, $p = .022$. Se pudo concluir que existe una diferencia estadísticamente significativa entre sus dos condiciones. Por tanto, hay asociación entre intentos de suicidio y depresión.

Por último, se analizó la asociación entre depresión, apoyo social y suicidio. En lo que respecta a las correlaciones de Pearson, se encontró una asociación lineal estadísticamente significativa, moderada e inversamente proporcional ($r = -.226$, $p < 0.05$) entre los puntajes de depresión (PHQ-9) y los de apoyo social en estudiantes, lo cual puede indicar que, a mayor apoyo social, decrece la variable de depresión.

De igual forma, en las correlaciones de Rho de Spearman se encontró una relación lineal a nivel ordinal entre el apoyo social, PHQ-9 y la variable de

intentos. Se halló una relación estadísticamente significativa, moderada e inversamente proporcional entre el Apoyo social, PHQ-9 ($r = -.182, p < 0.05$) e intentos de suicidio ($r = -.194, p < 0.05$), lo cual puede indicar que a mayor apoyo social, decrecen la variable de depresión y la variable de intentos.

Y al respecto de PHQ-9 e intentos, se encontró una relación lineal estadísticamente significativa, una correlación positiva media ($r = .222, p < 0.05$).

Tabla 2
Correlaciones

		EAS	PHQ-9	INTENTOS
EAS	Correlación de Pearson	1	-0.226*	
	Rho de Spearman	1	-0.182*	-0.194*
PHQ-9	Correlación de Pearson	-0.226*	1	
	Rho de Spearman	-0.182*	1	
INTENTOS	Correlación de Pearson			0.222*
	Rho de Spearman	0.043	0.02	1

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

Discusión y conclusiones

Los resultados trazan asociaciones similares a las reportadas previamente en la bibliografía. En primer lugar, se encontró una alta prevalencia de conductas asociadas al suicidio en la población estudiada. Esto obliga a reflexionar sobre la prevalencia de estas conductas, y que puede haber un asunto de subinforme, vergüenza, o estigma al hablar del suicidio entre los participantes y entre la población en general.

En segundo lugar, encontramos que los resultados coinciden con la bibliografía en que son las mujeres quienes tienen una percepción de un mayor apoyo social en comparación con los hombres. Tal y como lo mencionan Hefner y Eisenberg (2009), los hombres tienden a presentar una baja calidad de apoyo social. Lo anterior pone en la mira la diferencia entre los estilos de afrontamiento de los hombres y de las mujeres, y destaca la importancia de incluir estrategias para evitar la inhibición emocional y combatir las conductas machistas

que obligan a los hombres a esconder sus emociones o a consumir sustancias para intentar autorregularse. La inclusión de habilidades socioemocionales en la escuela primaria puede ser una oportunidad para crear ambientes educativos de mayor apertura y reconocer la importancia de contar con habilidades para identificar las emociones y estrategias para una autorregulación más adecuada (SEP, 2016). Asimismo, sería importante incluir el entrenamiento en habilidades sociales a través de talleres o entrenamientos en las escuelas. Entre más temprano se incluyan estas estrategias el pronóstico será mejor.

Nuestros resultados muestran que, a menor apoyo social, mayor prevalencia de intentos suicidas. Esto coincide con lo reportado por Morales *et al.* (2017), que comentan que un apoyo social deficiente incrementa el riesgo de presentar depresión y de realizar alguna conducta asociada al suicidio. Sabemos que muchos estudiantes ocultan las ideas suicidas por vergüenza o por no representar una sobrecarga para sus familias, y es hasta la carta póstuma donde, en ocasiones, la familia se entera de la situación tan difícil por la que estaba pasando un individuo (Payá, 2012). En este sentido, hace falta sensibilizar a las familias en la identificación temprana de sintomatología depresiva, así como entrenar al personal de salud, o introducir una política para que los médicos tengan que monitorear la sintomatología depresiva en el servicio de la consulta externa (OMS, 2014). Asimismo, es necesario contar con más espacios para hablar sobre conductas de riesgo y habilidades para la prevención.

Otro de los factores que hallamos y que tiene que ver con esta percepción de no pertenencia, es lo concerniente a la orientación sexual. Específicamente, los resultados indicaron asociación entre la población homosexual y depresión; esta se presenta en mayor medida en dicho sector.

Por tanto, en lo que concierne al apoyo social, se descubrió que la población homosexual percibe menor apoyo social. Esto coincide con lo reportado por Gómez (2016) en cuanto a que este grupo es uno de los más discriminados en México, por lo que esta forma de inserción social genera un patrón de malestar que se caracteriza por una mayor tasa de sintomatología en depresión, ansiedad, y pensamientos e intentos suicidas. Por ello, es conveniente realizar intervenciones psicológicas con objetivos particulares.

Finalmente, encontramos una correlación significativa entre presencia de sintomatología depresiva y apoyo social. Podría ser el caso que los estudiantes no estén satisfechos con el nivel de apoyo social que perciben, y que esto active la sensación de no pertenencia, que no solo incluiría un sentimiento de soledad, sino la percepción de falta de reciprocidad por parte de la comunidad, como lo menciona Joiner (2005), y que podría sumarse al hecho de percibirse como una carga para su entorno y al impulso de autoinflingirse daño.

El presente trabajo tiene algunas limitaciones. La muestra solamente pertenece a los estudiantes que se acercan a pedir apoyo profesional, y podría haber una sobrestimación de los datos. En investigaciones futuras sería necesario contar con muestras aleatorizadas, o indagar en la población elegida de forma

balanceada por sexo, por carrera universitaria. Asimismo, sería interesante profundizar en el análisis del impacto de la cultura, pues siendo la cultura mexicana una cultura colectivista, es probable que el apoyo social se requiera más que en otras culturas, lo que habría que dilucidar comparando jóvenes de diferentes culturas.

Futuras líneas de investigación podrían incluir muestras representativas y complementarse con entrevistas cualitativas para indagar a mayor profundidad la correlación entre el apoyo social, la sintomatología depresiva y las conductas asociadas al suicidio.

Referencias

- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., ... Kessler, R. (2018). Mental disorder comorbidity and suicidal thoughts and behaviors in the World Health Organization World Mental Health Surveys International College Student initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(2), 1-16. <https://doi.org/10.1002/mpr.1752>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v52n4/v52n4a05.pdf>
- Borges, G., Orozco, R., & Medina-Mora, M. E. (2012). Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Pública de México*, 54(6), 595-606. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v54n6/a08v54n6.pdf>
- Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (2015). *Investigación sobre la atención de personas LGBT en México*. Recuperado de: <http://www.ceav.gob.mx/wp-content/uploads/2016/06/Investigaci%C3%83%C2%B3n-LGBT-Documento-Completo.pdf>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Coyne, J. C. (1999). Thinking interactionally about depression: A radical restatement. En T. Joiner & J. C. Coyne. (Eds.), *The interactional nature of depression. Advances in interpersonal approaches* (pp. 365-388). Washington, DC, Estados Unidos: American Psychological Association.
- Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sánchez-Planell, L., Kroenke, K., & Spitzer, R. (2001). Validation and utility of the patient health questionnaire in

- diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 679-86. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00021>
- Eguiluz, L. L., Ortiz, A., & Illarramendi, C. (2016). El riesgo de suicidio en los jóvenes y su relación con otras variables. En N. Zicavo (Ed.), *Parentalidad y divorcio. (Des)encuentros en la familia latinoamericana* (pp. 241-270). San José, Costa Rica: Alfepsi Editorial. Recuperado de: [https://comepsi.mx/attachments/article/56/PARENTALIDAD%20y%20DIVORCIO,%20\(DES\)ENCUENTROS%20EN%20LA%20FAMILIA%20LATINOAMERICANA,%20%20Libro_completo.pdf](https://comepsi.mx/attachments/article/56/PARENTALIDAD%20y%20DIVORCIO,%20(DES)ENCUENTROS%20EN%20LA%20FAMILIA%20LATINOAMERICANA,%20%20Libro_completo.pdf)
- Fernández, M., Ceballos, F., Mateos, R., Alves, M. & García, A. (2015). Suicide notes: Clinical and linguistic analysis from the perspective of the interpersonal theory of suicide. *European Journal of Psychiatry*, 29(4), 293-308. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632015000400006>
- George, S., Collins, K., Cao, T., Stritzke, W., & Page, A. (2017). An experimental test of the 'interpersonal' in the interpersonal theory of suicide. *Journal of Experimental Psychopathology*, 8(4), 332-346. <https://doi.org/10.5127/jep.060316>
- Gómez, M. (2016). Homofobia y suicidio: 6 sesiones de intervención en crisis en juventudes homosexuales. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(1), 1-18. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/54902>
- González, S., Pineda, A., & Gaxiola, J. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1-11. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-3.dafri>
- González-Forteza, C., Hermosillo de la Torre, A., Vacio, M., Peraltac, R. & Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil*, 72(2), 149-155. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.05.006>
- Hefner, J., & Eisenberg, D. (2009). Social support and mental health among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 491-499. <https://doi.org/10.1037/a0016918>
- Holahan, C., Moos, R., & Bonin, L., (1999). Social context and depression: An integrative stress and coping framework. En T. Joiner & J. Coyne. (Eds.), *The interactional nature of depression. Advances in interpersonal approaches* (pp. 365-388). Washington, DC, Estados Unidos: American Psychological Association.
- Hollingsworth, D., Slish, M., Wingate, L., Davidson, C., Rasmussen, K., O'Keefe, V., ... Grant, D. (2018). The indirect effect of perceived burdensomeness on the relationship between indices of social support and suicide ideation in college students. *Journal of American College Health*, 66(1), 9-16. <https://doi.org/10.1080/07448481.2017.1363764>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (Datos nacionales)*. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). *Integrantes del hogar de 7 años y más por condición de sentimientos de depresión, periodo y grupo de edad*. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=cebd62a9-a5cf-40f2-bf2d-e7cc2918b8b1>
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, Estados Unidos: Harvard University Press.
- Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., Maino, M., Armijo, I., Fischman, R., ... Monari, M. (2017). Intento e ideación suicida en consultantes a salud mental: Estilos depresivos, malestar interpersonal y satisfacción familiar. *Psykhe (Santiago)*, 26(1), 1-14. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96751112006>
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Recuperado de: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- Payá, V. (Coord.), Gómez, V., & Vega, W. (2012). *El don y la palabra. Un estudio socioantropológico de los mensajes póstumos del suicida*. México: Juan Pablos, FES Acatlán.
- Riquelme, A., Martín, M., Ortigosa, J., Meda, R., Pérez, R., & López, A. (2016). Implicaciones recíprocas de la edad y el país de pertenencia en la relación entre apoyo emocional percibido y depresión: un estudio transcultural. *Anales de Psicología*, 32(2), 393-404. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.2.203611>
- Secretaría de Educación Pública (2016). *Programa Nacional de Convivencia Escolar (PNCE): Manual para el docente, educación primaria*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/147157/PNCE-MANUAL-DOC-PRIM-BAJA.pdf>
- Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., ... Lagazzi, I. (2016). Suicide in lesbian, gay, bisexual and trans populations: systematic review of a decade of research (2004-2014). *Revista Médica de Chile*, 144(6), 723-733. Recuperado de: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000600006
- Vázquez, D., Piña, M., González, C., Jiménez, A. y Mondragón, L. (2015). La investigación sobre suicidio en México en el periodo 1980-2014: análisis y perspectivas. *Acta Universitaria*, 25(NE-2) Conducta Suicida, 62-69. <https://doi.org/10.15174/au.2015.855>
- Zárate, R. (2018). El suicidio en México: alternativas de atención, seguimiento y prevención desde el poder legislativo. *Mirada Legislativa*, 140. Ciudad de México, Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República. Recuperado de: <http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/handle/123456789/3849>