

UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA

SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

MAESTRIA EN EL ESTUDIO DE LA VIOLENCIA  
SOCIAL Y FAMILIAR

Factores personales, familiares y sociales que predisponen y protegen la presentación de conductas suicidas, en las mujeres y los hombres atendidos en el Programa de Atención Psicológica de la Universidad Nacional durante el año  
2007

Trabajo de Graduación sometido a consideración del Tribunal Examinador del Programa de Maestría en Estudio de la Violencia Social y Familiar para optar por el grado de

Magister

Por

Licda. Viviana Umaña Porras

San José, Costa Rica,  
Noviembre 2009

# Dedicatoria

## Hoy deseo un poco más

*Viviana Umaña*

Hoy deseo para ti más sueños en voz alta,  
fantasías cotidianas, cuentos con polvo de estrella en la ciudad.  
Más derecho a las sonrisas,  
carcajadas con sonido amplificado,  
luces de colores, multiplicidad de sonidos y rótulos de neón.  
Diversión sin complicaciones, que corras con libertad.  
Hoy deseo para ti más belleza y hermosura natural.  
Que conduzcas con soltura, cambies la marcha,  
sientas la brisa envolvente, protectora,  
que te exalta y te impulsa hacia una nueva oportunidad.  
Deseo que te sientes y mires, observes, disfrutes...  
sin advertir tu postura, sin los pies firmes en el suelo,  
sin preocupaciones por lo visible, comprendiendo un poco más allá.  
Hoy deseo para ti más sensaciones:  
el abrazo del amigo, la alegría por la noticia,  
el estremecimiento por la caricia  
y el sonrojo ante la mirada de complicidad.  
Hoy deseo que tengas un poco más de música,  
con el volumen más alto,  
con bellos recuerdos, más amor, más imágenes,  
con más experiencias de esta historia que hoy te tiene aquí.  
Desearía que quitaras la pausa y continuaras escribiendo tu vida...  
Compra nueva pluma y más papel... tu papel.  
No necesitas un escribiente o un corrector de estilo,  
tus vivencias las escribes tú, son tuyos los errores,  
quizás ni siquiera sean tales,  
sino solo pruebas de que tu vida lleva un sello original,  
son testimonio de que estuviste ahí.  
Deseo que hoy escojas vivir un poco más,  
más intensamente, sin violencia y sin temor...  
Deseo que no tengas dudas y que sientas  
que de la vida siempre puedes querer un poco más...

Este es mi deseo para quienes han sufrido tanto,  
que han sentido que vivir es abrumador.

## **Agradecimiento**

A todas las jóvenes y los jóvenes que participaron en este estudio, por haber tenido disposición para compartir sus experiencias de vida. Sus esfuerzos para colaborar significan un aporte en el intento por comprender la realidad de quienes sufren dolor emocional hasta el grado de considerar que la única forma de alivio es el no seguir viviendo.

Su ayuda incentiva la lucha constante por promover estilos de vida respetuosos de la diversidad y libres de violencia contra cualquier ser humano y contra sí mismos(as).

Agradezco su valentía, su deseo de colaboración y sus enseñanzas. El que hoy continúen con sus vidas, y formen parte de la población universitaria, demuestra que todos y todas tenemos la capacidad de levantarnos incluso de la más dolorosa de las caídas.

## **Tribunal Examinador**

Este Trabajo Final de Graduación fue aceptado y aprobado, en su forma presente, por el Tribunal Examinador del Programa de Maestría en Estudio de la Violencia Social y Familiar de la Escuela de Ciencias Sociales y Humanidades de la UNED, como requisito parcial para optar al grado de

### **MAESTRÍA**

---

M.Sc. Rosario González

Coordinadora del Programa de Maestría en Estudio de la Violencia Social y Familiar

---

M.Sc. Idaly Cascante Herrera

Tutora del Proyecto Final de Graduación

---

M.Sc. Grettel Balmaceda García

Lectora

---

MSc. Rocío Carvajal Sánchez

Lectora

---

MSc. Nidia Lobo Solera

Representante del Sistema de Estudios de Posgrado

---

Viviana Umaña Porras

Sustentante

## Tabla de contenidos

<i>Dedicatoria</i> .....	2
<i>Agradecimiento</i> .....	3
<i>Tribunal Examinador</i> .....	4
<i>Tabla de contenidos</i> .....	5
Índice de tablas .....	8
Índice de gráficos .....	8
<i>Resumen</i> .....	9
<i>Introducción</i> .....	11
<i>Capítulo I</i> .....	14
<i>Marco Contextual</i> .....	15
Antecedentes .....	15
Contexto internacional .....	15
Marco político normativo .....	16
Organización Mundial de la Salud .....	16
Organización Panamericana de la Salud .....	17
Universidades públicas estatales .....	18
Investigaciones relacionadas .....	20
Contexto nacional .....	27
Marco político normativo .....	28
Sector salud .....	30
Ministerio de Salud .....	31
Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) .....	31
Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) .....	34
Educación superior, género y programas para la salud mental .....	35
Consejo Nacional de Rectores (CONARE) .....	35
Universidades públicas estatales .....	39
Universidad Estatal a Distancia (UNED) .....	39
Universidad de Costa Rica (UCR) .....	40
Instituto Tecnológico de Costa Rica (ITCR) .....	41
Universidad Nacional (UNA) .....	42

Investigaciones relacionadas con el tema del suicidio.....	44
Cifras estadísticas.....	49
Contexto local .....	52
Universidad Nacional.....	52
Programa de Atención Psicológica .....	52
<i>Justificación</i> .....	54
Planteamiento del problema.....	56
Formulación del problema de investigación .....	57
Problema .....	57
Objetivo general .....	57
Objetivos específicos .....	57
Objetivo propositivo .....	58
<i>Capítulo II</i> .....	59
<i>Marco Teórico</i> .....	59
Violencia autoinfligida, conducta suicida y depresión .....	61
Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales .....	61
El modelo cognitivo .....	63
Factores de riesgo.....	70
Motivación para el suicidio .....	71
Depresión y sistema familiar .....	72
Homosexualidad, depresión y suicidio .....	75
Estrategias de afrontamiento .....	76
Sistema patriarcal .....	77
Identidad masculina y femenina .....	81
<i>Capítulo III</i> .....	91
<i>Marco Metodológico</i> .....	91
Tipo de investigación .....	91
Fines de la investigación .....	92
Enfoque .....	93
Sujetos de investigación .....	94
Categorías de análisis.....	95
Descriptorios .....	95
Instrumentalización .....	96
Cuestionario.....	97

Diseño .....	97
Entrevista semi-estructurada .....	99
Diseño .....	99
Confiabilidad y validez .....	99
Aplicación .....	100
Limitaciones.....	103
<i>Capítulo IV</i> .....	<i>104</i>
<i>Presentación y Análisis de Resultados</i> .....	<i>104</i>
Factores socio-económicos.....	104
Factores personales .....	104
Habilidades sociales .....	108
Cogniciones.....	108
Estrategias de afrontamiento .....	112
Proyecto de vida .....	115
Consumo de drogas.....	115
Trastornos médico-psiquiátricos .....	117
Factores familiares .....	123
Factores sociales .....	132
Entrevistas .....	138
Caracterización de las y los participantes.....	138
Álvaro: 23 años.....	138
Beatriz: 26 años .....	139
Carlos: 22 años .....	140
Diana: 20 años .....	140
Categorías de análisis.....	141
Factores de riesgo o predisponentes .....	141
Factores personales .....	141
Factores familiares.....	145
Factores sociales .....	149
Factores protectores.....	158
<i>Capítulo V</i> .....	<i>165</i>
<i>Conclusiones</i> .....	<i>165</i>
<i>Recomendaciones</i> .....	<i>174</i>
<i>Bibliografía</i> .....	<i>178</i>

## Índice de tablas

	<b>Página</b>
<b>Tabla No.1</b> Cantidad de suicidios y homicidios acontecidos en Costa Rica entre los años 2002 y 2007 según sexo	50
<b>Tabla No.2</b> Cantidad de suicidios acontecidos en Costa Rica entre los años 2002 y 2007 según sexo y edad	50
<b>Tabla No.3</b> Información de estudiantes que recibieron psicoterapia en el programa de atención psicológica durante el año 2007	52
<b>Tabla No.4</b> Problemáticas que más frecuentemente presentan los y las estudiantes atendidos(as) en el programa de atención psicológica en el año 2007	53
<b>Tabla No.5</b> Consumo de drogas en el pasado según frecuencia y sexo.	116
<b>Tabla No.6</b> Consumo de drogas en el presente según frecuencia y sexo.	116
<b>Tabla No.7</b> Problemáticas presentes en los hogares de los y las participantes.	125
<b>Tabla No.8</b> Evaluación positiva de las relaciones familiares	129
<b>Tabla No.9</b> Forma en que se resuelven los conflictos en la familia	130
<b>Tabla No.10</b> Reacción familiar después del intento de suicidio	131
<b>Tabla No.11</b> Presencia de problemáticas sociales en las Comunidades de los y las participantes	132

## Índice de gráficos

	<b>Página</b>
<b>Gráfico No.1</b> Influencia de las responsabilidades sobre el bienestar emocional	107
<b>Gráfico No.2</b> Espiritualidad de los y las participantes	109
<b>Gráfico No.3</b> Valores positivos de autoestima	111
<b>Gráfico No.4</b> Problemáticas presentes en los hogares de las y los jóvenes	126
<b>Gráfico No.5</b> Presencia de problemáticas sociales en las comunidades de las y los participantes	133

## Resumen

El objetivo de esta investigación fue determinar los factores personales, familiares y sociales que predisponen y precipitan la manifestación de conductas suicidas, y los factores que protegen contra la presentación de esas conductas, en las mujeres y los hombres atendidos en el Programa de Atención Psicológica de la Universidad Nacional durante el año 2007.

Se utilizó un enfoque de investigación mixto con perspectiva género-sensitiva. En una primera fase se diseñó y aplicó individualmente un cuestionario a 31 jóvenes que recibieron atención psicológica y presentaron depresión y conductas suicidas. En una segunda fase se seleccionó al azar a dos hombres y dos mujeres entre quienes habían completado el cuestionario, para que participaran individualmente en una entrevista semiestructurada.

Se encontraron algunas diferencias importantes entre las circunstancias que viven los hombres y las mujeres (por ejemplo el tipo, frecuencia y características de la violencia que sufren) en los planos personal, familiar y social. Esto hace que, en cada caso, distintos factores puedan convertirse en protectores o predisponentes para la depresión y las conductas suicidas.

Los factores personales predisponentes incluyen: depresión y pobres habilidades sociales. Además, en los hombres, la creencia de que los problemas no tienen solución, los lleva a considerar el suicidio, mientras que en las mujeres es el malestar emocional lo que las hace optar por ello.

Los factores personales protectores incluyen una alta autoestima, estrategias de afrontamiento activas y proyecto de vida definido.

Los factores familiares predisponentes contemplan: abuso físico, psicológico, sexual, alcoholismo y un sistema de comunicación disfuncional, con poca asertividad, con rigidez y autoritarismo para la toma de decisiones y resolución de conflictos.

No fue posible detectar factores familiares protectores.

En cuanto a factores sociales predisponentes, se encontró que las demandas de los roles sociales basados en el género son factores de riesgo en

la aparición de la depresión y las conductas suicidas. Esto se da cuando se considera que las demandas son excesivas o imposibles de cumplir y afectan emocional, cognitiva y conductualmente a hombres y mujeres por la rigidez de los ideales que se espera que cumplan.

No se encontró una relación clara entre los factores del entorno (violencia en la comunidad, consumo o venta de drogas e inseguridad) y las conductas suicidas.

La ausencia de relaciones sociales significativas y la percepción de que no se tiene redes de apoyo, en interacción con otros factores personales y familiares, influyen en el aislamiento, la desesperanza y la manifestación de conductas suicidas.

Finalmente, los principales factores sociales de protección son la existencia de redes de apoyo y el acceso al Programa de Atención Psicológica de la Universidad Nacional.

Se presentan recomendaciones para la Universidad Nacional y otras instituciones relacionadas con la juventud.

## Introducción

Los esfuerzos por comprender las distintas manifestaciones de la violencia en general, y de la violencia autoinfligida en particular, requieren un análisis detallado del conjunto de factores personales, familiares y sociales que inciden, en mayor o menor grado, en la aparición de las conductas disfuncionales. En este caso, la ideación, el planeamiento y los actos suicidas.

Al respecto, el Informe sobre la situación de la salud mental en Costa Rica, presentado por el Ministerio de Salud en el año 2004, afirma que una proporción importante de la población del país vive en condiciones sociales, económicas y ambientales que actúan en detrimento de la salud física y mental, el bienestar y la calidad de vida.

Se estima que los trastornos mentales han incrementado en función de las variaciones dadas en el perfil demográfico y los cambios sociales, económicos y culturales que han impactado a Costa Rica en los últimos decenios, comprometiendo el funcionamiento social del individuo y su familia, su equilibrio emocional y el desarrollo de sus potencialidades.

De esta manera, el informe citado indica que *“El efecto negativo de esos factores es particularmente pronunciado en los países en desarrollo. Factores como el desarraigo, la pobreza, la urbanización desordenada, las condiciones de trabajo desfavorables y la violencia, entre otros, tienen un fuerte impacto sobre la salud mental de la población”* (Ministerio de Salud, 2004, p. 8).

La pobreza, por ejemplo, forma parte de un círculo vicioso en relación con las enfermedades mentales, en tanto la privación económica, el bajo nivel de instrucción y el desempleo inciden en la falta de atención de las enfermedades. Esto a su vez dificulta una mejoría en los trastornos mentales y conductuales y más bien incide en que tengan una evolución negativa.

Lo anterior tiene repercusiones económicas por el aumento del gasto sanitario, la pérdida del empleo y la disminución de la productividad, lo cual nuevamente acarrea mayores consecuencias para los sectores más pobres (Ministerio de Salud, p. 9).

Entre los principales elementos que amenazan la salud mental se encuentran los trastornos depresivos, considerados un problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) ha categorizado la depresión entre los diagnósticos clínicos más discapacitantes y estima que en el año 2020 será la segunda causa de enfermedad en el mundo, apenas superada por las enfermedades cardiovasculares.

De acuerdo con Greden (2002, cit. por Programa de Atención Integral a la Adolescencia, PAIA, 2005), algunos datos relevantes con respecto a esta problemática incluyen que la depresión es dos veces más frecuente en las mujeres, por razones que no han sido aún hoy aclaradas, pero se ha comprobado que el riesgo de padecer este trastorno a lo largo de la vida es de 12.7% para los hombres y de 21.3% para las mujeres.

Asimismo, afirma que la depresión es una enfermedad sub-diagnosticada y sub-tratada, y sugiere que un 70% de las personas depresivas no recibe tratamiento, la mitad nunca busca ayuda y sólo un 20 - 25% son diagnosticadas y tratadas, pero de estas, menos del 10% recibe tratamiento adecuado (PAIA, 2005).

En el caso de Costa Rica, la depresión se ubica en el segundo lugar de causas de incapacidad laboral (información que no se encuentra desagregada por sexo), dato alarmante si se considera que en amplia relación con los trastornos depresivos se ubica la manifestación de conductas suicidas y lesiones autoinfligidas (Ministerio de Salud, p. 22).

La depresión tiene una alta mortalidad: 15% de las y los pacientes con depresión se suicidan y por cada suicidio consumado existen veinte intentos. Las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia y los hombres logran el suicidio más frecuentemente, con una relación de 4:1 en la literatura, 7:1 en Costa Rica (PAIA, 2005).

Con respecto a lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) señala que en el año 2000 aproximadamente un millón de personas murió a causa del suicidio, esto significa que más personas mueren por esta razón que por los conflictos armados alrededor del mundo. Indica también que, en todos

los países del mundo, el suicidio es una de las tres primeras causas de muerte de jóvenes entre los 15 y los 34 años, de los cuales el 85% corresponde a suicidios de hombres y 15% de mujeres.

En nuestro país, diversos análisis estadísticos (Brenes, Raven y Brenes, 1977; Granados, 1997; Miranda y Del Valle, 2000, entre otros) demuestran que la problemática del suicidio ha venido en crecimiento desde la década de 1970 -época en que empiezan a darse los primeros estudios formales sobre el tema- cifras que de forma alarmante se equiparan con la cantidad anual de homicidios, tal como se mostrará más adelante.

Sin embargo, pese al conocimiento de la gravedad de este problema, las instituciones estatales encargadas de la salud de la población costarricense no cuentan con iniciativas o programas específicos destinados a su abordaje. En igual sentido, no se identifican otras instituciones (como las de educación secundaria o superior) que sí lo hagan, aunque parte importante de la población con un alto índice de suicidio se ubica entre los 15 y los 19 años, es decir, gran parte del mismo grupo poblacional que captan.

Por esta realidad que atraviesa Costa Rica se propone el diseño y aplicación de una investigación para determinar los factores familiares, personales y sociales que inciden en la manifestación de conductas suicidas, y los factores que son protectores contra el suicidio.

En este sentido, se reconoce la integralidad del ser humano y la interdependencia de los diferentes factores que de una u otra forma inciden sobre las mujeres y los hombres que llegan a considerar el suicidio como una solución a sus problemas.

Ese concepto de ser humano como ser integral hace imprescindible que se desarrollen propuestas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desde los distintos ámbitos en que las personas se desempeñan cotidianamente. De esta manera, partiendo del hecho de que el área académica ocupa parte importante del quehacer diario de los y las jóvenes y que en el ámbito universitario se desarrollan y entran en juego los factores en estudio, se incluirá a la población de hombres y mujeres, estudiantes de la Universidad

Nacional que durante el año 2007 solicitaron atención y recibieron psicoterapia en el Programa de Atención Psicológica.

Con el conocimiento innegable de los efectos de la socialización sobre los roles de género, esta investigación pretende estudiar, con un enfoque mixto y desde una perspectiva género-sensitiva, las diferencias en la influencia de los factores que impulsan hacia el suicidio y los que protegen contra el problema, según se trate de hombres o mujeres que atraviesen, o hayan atravesado por esta problemática.

Esto permitirá reconocer, rescatar y exponer las vivencias propias de las mujeres y los hombres con respecto a este problema. Lo anterior con el fin de identificar posibles líneas de acción para el diseño de políticas género sensitivas que pudieran implementarse en las diferentes dependencias de la Universidad Nacional, de manera que se planteen respuestas a un fenómeno en crecimiento alrededor del mundo y que en nuestro país no cuenta con investigación y análisis basados en un abordaje sensible al género y a sus necesidades.

## **Capítulo I**

# Marco Contextual

## Antecedentes

### Contexto internacional

El suicidio constituye un fenómeno presente en nuestras sociedades desde tiempos remotos, pero investigado y analizado sólo en épocas recientes. Esto debido en parte a que se trata de un tema tabú condenado desde los planos ético, moral, legal y religioso (Salvarezza, 2002).

Entre los textos más reconocidos acerca del tema se encuentra “El suicidio”, escrito por Emile Durkheim (citado por Guevara, 2004), el cual expone que las tasas de suicidio sirven para medir la tensión social, la cual brinda información para evaluar, al mismo tiempo, el nivel de cohesión dentro de una sociedad.

De acuerdo con información de la Organización Mundial de la Salud (2006), tal como se señaló anteriormente, en el año 2000 aproximadamente un millón de personas murieron por esta causa, lo que significa una muerte cada 40 segundos.

Estas estadísticas demuestran que, en los últimos 45 años, las tasas de suicidio se incrementaron en un 60% alrededor del mundo. Este dato coloca a dicha problemática entre las tres primeras causas de muerte de mujeres y hombres entre los 15 y los 44 años; cifras que no reflejan los intentos, que son 20 veces más frecuentes que los suicidios (OMS, 2006). Países como China, Cuba, Lituania, Mauritius, Russia y Sri Lanka tienen las tasas de suicidio generales más altas del mundo (OMS, 2008).

Esta organización señala también que los desórdenes mentales, en particular la depresión y el abuso de sustancias, se asocian con más del 90% de los casos de suicidio, aunque no son la única causa. Este fenómeno es el resultado de una serie compleja de factores socioculturales y es más probable que ocurra durante periodos de crisis socio-económicas, familiares e individuales (OMS, 2006).

Ante esa complejidad de factores son numerosas las investigaciones que se han llevado a cabo desde distintas perspectivas: biológica, genética,

psicológica o social, las cuales han arrojado resultados similares y constantes en algunas áreas. Por ejemplo, el hallazgo persistente de cifras mayores en intentos de suicidio femeninos y mayores porcentajes en suicidios masculinos. Esto significa que más mujeres intentan suicidarse, pero más hombres lo logran. Igualmente es una constante el grupo de edad entre 15 y 49 años, como el que presenta la mayoría de suicidios (PAIA, 2005). Lo anterior se corrobora igualmente en las investigaciones nacionales.

Sin embargo, más allá de estas concordancias, lo que se evidencia es ausencia de consensos significativos, al entenderse como un fenómeno complejo y multicausal, cuya explicación se encuentra fundamentalmente en la historia de cada individuo.

## **Marco político normativo**

### **Organización Mundial de la Salud**

En el plano internacional es posible encontrar distintas iniciativas, programas y políticas dirigidas a la prevención del suicidio. Son múltiples las organizaciones que se encargan del tema alrededor del mundo.

La OMS cuenta con el Programa SUPRE (Protocolo de Prevención del Suicidio, por sus siglas en inglés). Este tiene como objetivos reducir la mortalidad y morbilidad debida a comportamientos suicidas, romper el tabú en torno al suicidio y reunir a las autoridades y al público para enfrentar los retos.

Más específicamente, el SUPRE busca identificar, evaluar y eliminar en etapas tempranas, los factores que podrían dar como resultado el que los y las jóvenes pudieran suicidarse.

Asimismo, provee apoyo psicosocial para las personas con ideas o intentos de suicidio, a sus familiares y otros significativos. También facilita los métodos educativos que buscan el fortalecimiento de la autoestima, el desarrollo de habilidades de afrontamiento, para el manejo de crisis y para la toma de decisiones sanas (SUPRE, OMS, 2008).

Sus actividades incluyen la vigilancia de la mortalidad por suicidio, concientización sobre el problema, talleres, regionales y nacionales, y el apoyo

técnico a los países, dirigido hacia el fortalecimiento de su capacidad para desarrollar y evaluar políticas nacionales para la prevención del suicidio.

Su prioridad son los países en que se dan las tasas más altas de suicidio, aquellos en donde la distribución por edades muestra una tendencia hacia poblaciones más jóvenes o hacia mujeres, y aquellos en donde la prevención del suicidio ya es de preocupación especial (SUPRE, OMS, 2008).

Una de sus iniciativas pretende la restricción del acceso a los métodos más comunes de suicidio y, de acuerdo con sus afirmaciones, esto ha probado ser efectivo para reducir sus tasas de incidencia. Sin embargo, se reconoce la necesidad de adoptar un acercamiento que involucre a diferentes sectores como el educativo, laboral, policial, religioso, legal, medios de comunicación y centros de atención en crisis.

Este proyecto es dirigido por el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS. Coordina acciones con distintas dependencias y departamentos, como el de Sistemas de Salud, Salud y Desarrollo de la Niñez y la Adolescencia y oficinas y agencias como UNICEF y UNESCO (OMS, 2008).

### **Organización Panamericana de la Salud**

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es la organización de salud pública más antigua del mundo. Fue establecida en 1902 y es la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Trabaja con los países para mejorar la salud y elevar la calidad de vida de sus habitantes.

Cuenta con la Unidad de Género, Etnia y Salud (GH) que brinda cooperación y asistencia técnica a las unidades técnicas de la OPS, así como a los países miembros, con el fin de promover la igualdad y la equidad de género y etnia en el desarrollo de programas y políticas de salud. Su propósito principal es identificar y reducir las inequidades entre mujeres y hombres en todos los grupos étnicos, con respecto al estado y los determinantes de salud, el acceso y la calidad de la atención de la salud.

Esta unidad impulsa un proyecto encaminado a promover la equidad de género en las reformas del sector de la salud de la región, cuyo propósito es reducir o eliminar esas desigualdades (OPS, 2008).

La OPS también cuenta con la Unidad de Salud y Desarrollo del Adolescente para fomentar el desarrollo juvenil y la prevención de la violencia. Este proyecto ha sido implementado en Argentina, El Salvador, Nicaragua, Colombia, Perú y Honduras, e incentiva la participación de los jóvenes en los programas que promueven el desarrollo de la juventud y la prevención de la violencia. Esto a través de promoción, formulación de políticas públicas, gestión de los conocimientos, y difusión y promoción de experiencias innovadoras y participativas.

### **Universidades públicas estatales**

Este apartado presenta algunos ejemplos de universidades públicas estatales que cuentan con servicios de atención psicológica para estudiantes. Esta indagación tiene como propósito conocer acerca de la forma de abordaje de las problemáticas psicológicas y emocionales que enfrentan los y las estudiantes al insertarse en el medio universitario. A la vez, se pretende conocer si estos servicios han implementado cualquier modalidad de trabajo con la población universitaria, en lo que respecta a prevención y manejo de la depresión y las ideas suicidas.

La selección de universidades que se toman como ejemplo es azarosa y está basada únicamente en el criterio de que sea una universidad estatal que cuente con un programa de atención psicológica.

En el caso de la Universidad Estatal de Nuevo México, en los Estados Unidos, esta tiene un centro de consejería, donde consejeros y psicólogos facilitan asesoría vocacional y personal, con cita o como emergencias. Atienden a los estudiantes en horarios flexibles y conducen terapia grupal durante las noches.

Este centro cuenta también con el Programa WAVE (Wellness, Alcohol and Violence Education Program) o Programa Educativo en Bienestar, Alcohol y

Violencia, el cual pretende educar a la comunidad estudiantil en lo referente a seguridad personal y bienestar general. Dicho programa instruye a los y las estudiantes en estrategias para el manejo del consumo del licor y para prevenir los ataques sexuales; todo esto para promover un ambiente universitario seguro.

Por su parte, la Universidad Pública de Navarra en España tiene una unidad de atención sanitaria que es un servicio de atención, cuidado y promoción de la salud para los miembros de la comunidad universitaria. El equipo de trabajo está formado por una doctora, una enfermera y una psicóloga.

Esta unidad ofrece los servicios de consulta médica, consulta de enfermería, consulta de apoyo psicológico, atención de urgencia, puntos de información y puesta en práctica de programas de promoción de estilos de vida saludables en los temas de alimentación, sexualidad, ejercicio físico, tabaco, consumo de sustancias y estrés.

La Universidad de Panamá tiene un departamento de orientación psicológica, el cual opera en seis grandes áreas: Información Psicoeducativa, Evaluación Psicométrica, Orientación Grupal, Orientación Psicológica dirigidos al personal docente, administrativo y directivo-administrativo, Atención a los estudiantes con bajo índice académico, Extensión a la comunidad y el Servicio de Atención Psicológica Personal.

Este último tiene como objetivos:

- Ofrecer atención personal a los estudiantes, docentes y personal administrativo, afectados por problemas psicológicos diversos.
- Servir de enlace con otros departamentos o instituciones dedicadas a la preservación de la salud mental.
- Promover programas dirigidos al mejoramiento de la salud mental de estudiantes, docentes y personal administrativo.
- Utilizar estrategias como las entrevistas individuales, charlas, materiales impresos y murales.

En ninguna de las universidades indagadas se encontró algún programa específico para el abordaje de la problemática aquí investigada, pero fue posible

corroborar que se cuenta con dependencias que buscan facilitar la atención individual de los y las estudiantes con dificultades emocionales y psicológicas.

### **Investigaciones relacionadas**

En lo que respecta a estudios relacionados con la perspectiva de esta investigación, se exponen algunos que, además de incluir a la población de interés (adolescentes y jóvenes), indagan temáticas o tienen enfoques similares a los contenidos en este estudio.

En primer término, Fernández, Sáiz, González Portilla, González Seijo y Bobes (2000) realizaron en España una investigación para determinar si existen diferencias entre los pacientes que realizan un acto suicida y los que sólo lo manifiestan como intención.

Durante los años 1997 y 1998 entrevistaron a 134 pacientes de la Unidad de Psiquiatría del Hospital de Jove (España), 49 de ellos ingresados por tentativa de suicidio, 38 por ideación suicida y 47 por otros trastornos psiquiátricos (grupo control).

Todos llenaron un Protocolo de Investigación de la Conducta Suicida, las Escalas de Ideación Suicida, de Desesperanza, de Hamilton para la Depresión y el Cuestionario de Personalidad de Eysenck Versión de Adultos.

Sus hallazgos señalan que no hay diferencias significativas entre los grupos de ideación y tentativa, en las variables sociodemográficas o clínicas estudiadas. Ambos grupos (ideación y tentativa) solo se diferencian en la intensidad de la desesperanza, que es mayor en el grupo de ideación y la inestabilidad emocional en el sexo femenino, que también es mayor en el grupo de ideación.

En lo referente a la relación entre el abuso de alcohol y drogas y los intentos de suicidio, Bolognini, Laget, Plancherel, Stephan, Corcos, y Halfon (2002) llevaron a cabo en Suiza un análisis acerca del tema. Aplicaron una entrevista semiestructurada a 228 sujetos ubicados en el grupo de edad de 14 a 25 años -107 usaban drogas y 121 funcionaron como sujetos control-. Determinaron que el 31.5% de los varones que consumían drogas había tenido

uno o más intentos de suicidio. Igualmente lo había intentado el 41.2% de las mujeres consumidoras. Encontraron además que el factor que explica los intentos de suicidio en estos casos es la dependencia emocional en los hombres, y la búsqueda de sensaciones en las mujeres (característica propia de los y las usuarias de drogas).

También en el año 2002, García-Reza, Braquehais, Blasco, Ramírez, Jiménez, Díaz-Sastre, Baca-García y Sáiz revisaron y analizaron las estadísticas mundiales recopiladas por el estudio multicéntrico WHO/EURO, llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud entre 1989 y 1992 en 16 áreas de Europa. Su objetivo era situar la importancia de los distintos factores sociodemográficos de cara al diagnóstico y prevención de la conducta suicida.

Al considerar la variable sexo, corroboran que, en la mayor parte de los países estudiados, las mujeres presentan tasas superiores de ideación y comportamientos suicidas, pero no así de suicidio consumado. Asimismo, las mujeres tienden a repetir más el intento (García et al., 2002).

Señalan que durante décadas se ha descrito al paciente que ha consumado el acto suicida como varón anciano y a quien realiza un intento de suicidio como mujer joven. Esto sigue siendo válido, pero se han ido dando cambios a lo largo del tiempo, notándose un aumento en el suicidio femenino y en el intento de suicidio masculino.

En lo referente a la edad, García et al. (2002) apuntan que en los países industrializados las tasas de suicidio aumentan con la edad, con mayor incidencia en individuos mayores de 65 años. Los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres entre 15 y 24 años y, en el caso de los hombres, los intentos se dan prioritariamente entre los 25 y 34 años. Sin embargo, estos autores hacen hincapié en que la máxima incidencia en franjas de edades varía según la localización geográfica.

Su estudio incluyó la variable raza e inmigración, encontrando que la emigración unida al desarraigo y el aislamiento aumentan el riesgo de suicidio, aunque el riesgo es menor cuando se emigra con toda la familia. De esta manera, si se tiene el soporte familiar y se mantienen las costumbres y

tradiciones del país de origen, esto se convierte en un factor protector y facilita la integración con otros emigrantes.

En lo referente al estado civil, estos autores señalan que el grupo que presenta menor frecuencia de suicidio es el de los casados y con hijos, mientras que el suicidio es más frecuente en divorciados y viudos. Se da un mayor riesgo suicida, especialmente en los varones, durante el primer año después de la muerte de su pareja.

En cuanto a los factores socioeconómicos, los autores encontraron que la conducta suicida es más frecuente en individuos desempleados y con menor nivel cultural y cuanto más prolongado es el periodo de desempleo, es mayor el riesgo suicida. Señalan que la deprivación socioeconómica es un factor de riesgo de morbilidad psiquiátrica e intentos de suicidio y a medida que aumenta el nivel social, disminuye la tasa de intentos de suicidio. Sin embargo, en general, los factores económicos tienen un peso modesto en el riesgo de suicidio.

Finalmente, en lo que respecta a la orientación sexual, García et al. (2002) refieren que estudios recientes han encontrado que los homosexuales jóvenes, tanto hombres como mujeres, tienen un riesgo incrementado de ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio consumado con respecto a sus iguales heterosexuales.

Por otra parte, Valbuena (2003) realizó una investigación con 71 adolescentes ingresados en un hospital psiquiátrico en Madrid por conductas suicidas, con el fin de encontrar la relación entre esas conductas y los diagnósticos psiquiátricos y factores de riesgo de los y las jóvenes. Se encontró que en quienes intentaron suicidarse, la proporción de retraso escolar era alta (42%), había antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica (61%), antecedentes familiares de intento de suicidio (9.8%) y procedencia de familias no estructuradas o desestructuradas (35%) (De acuerdo con el autor, según la estructura tradicional padre-madre e hijos(as)).

Observó la presencia de dos grupos: el primero caracterizado por la gravedad del intento, sexo masculino y diagnóstico de trastorno depresivo, y el

segundo grupo caracterizado por lo leve de los intentos, en el que predominan las mujeres y tienen diagnósticos asociados de trastorno de conducta y anorexia nerviosa purgativa. Este grupo tiende a la repetición del intento suicida (Valbuena, 2003).

Este autor detectó, como factores desencadenantes de la conducta suicida, las discusiones familiares, los cambios bruscos de humor y la existencia de ideas previas de suicidio de carácter persistente.

Los diagnósticos psiquiátricos que encontró con mayor frecuencia en la muestra estudiada fueron el trastorno depresivo, el trastorno de conducta, anorexia nerviosa tipo bulimia, anorexia nerviosa restrictiva y anorexia nerviosa atípica.

Asimismo, Haw, Hawton, Casey, Bale y Shepherd (2005) analizaron los datos recopilados por el Sistema de Monitoreo de Oxford de los Intentos de Suicidio (en el hospital General de Oxford) ocurridos entre los años 1989 y 2002. Examinaron las tendencias -por género y grupo de edad- en el consumo de alcohol en pacientes con conductas autodestructivas deliberadas e intentos de suicidio.

Su análisis concluye que en el Reino Unido se viene dando un incremento sostenido en el consumo de alcohol en las mujeres (no así en los hombres), situación preocupante porque en general existe una alta relación entre el consumo de licor y la presentación de conductas autodestructivas e intentos de suicidio, pero esa correlación es mayor en las mujeres que en los hombres.

Agregan que los y las pacientes que presentan conductas autodestructivas y continúan el consumo excesivo de alcohol tienen un mayor riesgo de repetir esas conductas o presentar nuevos intentos de suicidio que la población no consumidora.

Por otra parte, en Escocia, Hunt, Sweeting, Keoghan y Platt (2006) se enfocaron en el estudio de la influencia que tienen el sexo y la orientación genérica de roles (masculinidad y feminidad) sobre los pensamientos suicidas. Estudiaron la relación entre esas variables en tres generaciones: adultez temprana y edad media temprana y tardía. Su muestra fue de 653 hombres y

mujeres alrededor de 23 años, 754 alrededor de 43 años y 722 cercanos a los 63 años. Aplicaron entrevistas como parte de un estudio mayor que se realizaba en algunas comunidades de Escocia. Incluyeron mediciones de la ideación suicida, actitudes hacia los roles genéricos tradicionales y una escala de medición de orientación genérica (masculinidad y feminidad).

Sus resultados muestran mayor prevalencia de pensamientos suicidas en la adultez temprana (10% de los hombres y 15% de las mujeres). Además, la visión más tradicional de los roles de género estaba positivamente asociada con los pensamientos suicidas en el grupo de adultos cercano a los 63 años. Las escalas de masculinidad y feminidad no mostraron una relación significativa con la aparición de pensamientos suicidas.

En cuanto a los factores de riesgo, Zalsman, Brent y Weersing (2006) señalan los factores genéticos como elementos de riesgo para el desarrollo de la depresión, la cual influye claramente en la conducta e ideación suicida. La evidencia muestra que la tendencia hacia la depresión se transmite hereditariamente en 61 a 65% de los casos.

Por otra parte, las cogniciones pueden constituir un factor de riesgo, porque los individuos con depresión tienen una percepción negativa de sí mismos, el futuro y el mundo, lo cual conlleva distorsiones cognitivas que, en el caso de los y las adolescentes, se ha comprobado que persisten después de los episodios depresivos (Zalsman, et al. 2006).

En cuanto a los factores familiares y ambientales, estos autores señalan que la depresión en el padre o la madre puede tener efectos en el estado de ánimo de los hijos e hijas; no sólo por mecanismos genéticos, sino también por modelaje de las distorsiones cognitivas y las interacciones hostiles o pasivas. También la negligencia y el maltrato incrementan el riesgo de depresión, abuso de sustancias, desorden del comportamiento, desorden de estrés postraumático y conductas suicidas. Asimismo, los efectos son más fuertes cuando se trata de abuso crónico, como el abuso sexual que implica la penetración. El abuso se asocia con una aparición más temprana de la depresión y los efectos del abuso

pueden ser prolongados, con un nivel de respuesta más bajo al tratamiento y un mayor riesgo de recurrencia.

En igual sentido, se asocia con depresión la pérdida de un hermano(a), padre, madre o amigo(a) cercano(a), en especial si hay una historia familiar de desórdenes en el estado de ánimo.

Zalsman et al. (2006) indican que, por el contrario, las conexiones positivas con la familia y la escuela, las expectativas del padre y la madre con respecto a comportamiento y desempeño académico, y un grupo de pares sano, no desafiante, son factores protectores contra la depresión y el suicidio.

Por otra parte, Meehan, Peirson y Fridjhon (2007) estudiaron la ideación suicida en adolescentes sudafricanos. En particular, se interesaron por el papel que juegan el género y las estrategias de afrontamiento en esta problemática. Trabajaron con una muestra de 161 adolescentes de onceavo grado, quienes completaron un cuestionario demográfico, la Escala Positiva y Negativa de Ideación Suicida y el Cuestionario de Enfrentamiento de Situaciones. Su objetivo era determinar las estrategias de afrontamiento que presentaban los y las adolescentes participantes, la relación entre esas estrategias y la ideación suicida, así como determinar si el género tenía alguna influencia en esa relación.

Sus resultados indicaron que tanto hombres como mujeres en igual medida (51%) seguían un patrón funcional de estrategias de afrontamiento (optaban por estrategias positivas, lo que indica una visión positiva de la vida) y el 81% no había tenido pensamientos de suicidio recientemente. De acuerdo con Meehan et al. (2007), esto apunta a que la utilización de estrategias funcionales de afrontamiento indica que el o la adolescente con una visión positiva de la vida tiene menos probabilidades de tener pensamientos suicidas.

Asimismo, se encontró que las estrategias funcionales más utilizadas son las internas, que implican el uso de procesos cognitivos para valorar la situación y encontrar soluciones que les disminuyan el nivel de estrés. En segundo lugar utilizaban la estrategia de afrontamiento activa, recurriendo a la búsqueda de consejos y apoyo de otras personas. La que menos usaban era la disfuncional o

evitativa, que consiste en negar el problema o en recurrir al alcohol o drogas para olvidarlo.

Algunas diferencias significativas se encontraron entre hombres y mujeres con respecto a cada estrategia de afrontamiento, pues aunque ambos utilicen las funcionales, las mujeres recurren más a las activas. Ellas buscan ayuda de familiares o amigos, mientras que los hombres prefieren buscarla en material escrito o en Internet.

Estudios correlacionales indicaron que hay una relación positiva significativa entre el uso de las estrategias de afrontamiento activas (funcionales) y una visión positiva de la vida; y entre la evitación (estrategias disfuncionales) y la visión negativa de la vida, con mayor posibilidad de tener pensamientos suicidas.

En lo referente al género, encontraron que la relación entre el uso de estrategias de afrontamiento y la ideación suicida no se ve alterada por esta variable. Sí fue posible determinar que las mujeres utilizan más que los hombres las estrategias de afrontamiento activas, tienden a tener una visión positiva de la vida y, cuando tienen problemas, buscan ayuda para solucionarlos. Asimismo, encontraron que los hombres tienden más hacia la evitación, pero la relación no es significativa con ideación suicida.

Concluyen que el uso de estrategias de afrontamiento funcionales o disfuncionales son sólo uno de los factores de riesgo para la presentación de conductas suicidas y sus resultados no corroboran que puedan ser tomadas como predictoras de la posible presentación o no de conductas suicidas.

Por su parte, Quintanilla, Valades, Valencia y González (2005) realizaron una investigación con 103 pacientes que ingresaron al Hospital Civil de Guadalajara por intento de suicidio. Su objetivo era identificar las estrategias de afrontamiento que estas personas usaban ante los conflictos, para lo cual utilizaron un inventario de estilo de afrontamiento. Encontraron que el 75% de la muestra estudiada utilizó estrategias de afrontamiento poco adaptativas, focalizadas en la emoción. La estrategia autoculpabilizante era la más empleada (42%).

Dichos autores proponen que el sentimiento de culpa podría estar asociado a un trasfondo cultural en el que prevalecen las creencias religiosas cristianas, que si no se siguen o cumplen, podrían llevar a las personas a experimentar depresión y a emitir conductas suicidas.

También asocian la culpa con la creencia de haber fallado a obligaciones con alto significado familiar o social y el suicidio se ve como la forma de expiar la culpa.

La segunda estrategia más utilizada fue la fantasía o alteración del significado emocional (29%). En estos casos las personas esperan respuestas mágicas, el locus de control es externo y, por tanto, está fuera de su dominio. Aunque como producto de la reevaluación cognitiva se modifica el significado de la situación, si no cambia el conflicto pueden entrar en estados de desesperanza con sensación de amenaza.

Sólo un 8% utilizó la resolución de problemas como primera opción, 16% buscó el soporte social y 5% recurrió a la evitación. De acuerdo con Quintanilla et al. (2005), esto demuestra lo solitario del sujeto y que al no tener otro punto de referencia con respecto a su conflicto, no se pueden dar las reconceptualizaciones cognitivas.

### **Contexto nacional**

En el campo investigativo costarricense, el suicidio ha sido tema de estudio formal y sistemático a partir de 1970. Se han llevado a cabo algunas investigaciones desde distintas disciplinas como Derecho, Orientación, Enfermería, Trabajo Social y Psicología y, desde esta última disciplina, se ha abordado el tema con enfoques como el sistémico, el psicoanalítico y el cognitivo-conductual.

Los objetivos de las investigaciones han sido igualmente diversos, como la recopilación estadística, el análisis de los factores sociales influyentes, las implicaciones legales del suicidio o las discusiones de corte más filosófico. Sin embargo, no se encontraron estudios con una perspectiva de género propiamente dicha.

Por otra parte, en el área de salud, de acuerdo con el Informe sobre la situación actual de la salud mental en Costa Rica (Ministerio de Salud, 2004, p. 45), las instituciones involucradas en el sector no han puesto el debido énfasis en la promoción de los factores psicosociales que favorecen la salud mental y en el control de los factores negativos; especialmente en el tema de depresión, suicidios y parasuicidios, para lo cual deben diseñarse y aplicarse estrategias de atención con carácter urgente.

En el caso particular del problema del suicidio, la anterior afirmación es confirmada a través del PAIA, en cuyo Manual de Atención Integral a la Depresión y el Suicidio en Adolescentes (2005, p. 3) se afirma que “si bien es cierto que el suicidio está asociado a la depresión, constituye por sí mismo un problema de salud pública que no ha sido suficientemente valorado y abordado”, por lo cual ese protocolo busca establecer los lineamientos básicos para concientizar y dar respuesta a esta problemática de la población.

En el caso del ámbito educativo universitario, más adelante se presentan las iniciativas relacionadas con programas incluidos en el área de vida estudiantil, referentes a atención psicológica y promoción de la salud.

### **Marco político normativo**

En Costa Rica se cuenta con una Política Nacional de Salud que se basa en los lineamientos de política social que establece el Plan Nacional de Desarrollo Humano, consecuente con la Ley General de Salud y el proceso de reforma sectorial. Esta define las estrategias para la vigilancia de la salud, la promoción, la prevención, la atención primaria, el tratamiento hospitalario, la atención de las discapacidades y la rehabilitación (Informe de Salud de las Américas, OPS, 2002).

En el caso particular de la juventud, población de interés en este estudio, desde el año 2002 se cuenta con la Ley General de la Persona Joven (No. 8261), cuyos objetivos incluyen los relativos al acceso a servicios y oportunidades, la promoción de la participación y la protección de derechos.

En esta ley se define a las personas jóvenes como aquellas cuya edad queda comprendida entre los doce y treinta y cinco años.

Para el cumplimiento de los objetivos señalados en la ley se establecen una serie de mecanismos de coordinación y participación:

- El Sistema Nacional de Juventud, el cual es responsable de cumplir los objetivos, conformado por el Viceministro de Juventud, el Consejo Nacional de la Política Pública de la Persona Joven, los Comités Cantonales de Juventud y la Red Nacional Consultativa de la Persona Joven.
- El Consejo Nacional de la Política Pública de la Persona Joven, adscrito al Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes, que está definido en la ley como el rector de las políticas públicas para la persona joven.
- La Red Nacional Consultativa de Personas Jóvenes, la cual está constituida por representantes de organizaciones de jóvenes de la sociedad civil. La red está conformada por los Comités Cantonales de Juventud y por la Asamblea Nacional de la red, también definidos en la ley.

El objetivo primordial de la ley es el desarrollo integral y el ejercicio pleno de la ciudadanía, por tanto, se reconoce como su principal reto el identificar los temas fundamentales de este grupo poblacional, para alcanzar ese desarrollo integral y su inclusión en el desarrollo del país.

En esta ley se establecen los deberes del Estado en el ámbito de la salud, el trabajo y la educación. En lo que atañe específicamente a esta investigación, destaca el Capítulo II, artículo 4, inciso *a) El derecho al desarrollo humano de manera integral*, e inciso *d) El derecho a la salud, la prevención y el acceso a servicios de salud que garanticen una vida sana*.

Asimismo, el artículo 5 se refiere a la Responsabilidad del Estado y dice:

*El Estado deberá garantizarles a las personas jóvenes las condiciones óptimas de salud, trabajo, educación y desarrollo integral y asegurarles las condiciones que establece esta Ley. En esa tarea participarán plenamente los*

*organismos de la sociedad civil que trabajen en favor de la juventud, así como los representantes de los jóvenes que participan en el proceso que se señala en esta Ley.*

En este mismo sentido, en el Artículo 6 se especifica:

*Los deberes del Estado costarricense con las personas jóvenes (en cuanto a salud) serán los siguientes:*

*a) Brindar atención integral en salud, mediante programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que incluyan, como mínimo, farmacodependencia, nutrición y psicología.*

### **Sector salud**

En Costa Rica, el sector salud está compuesto por el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Nacional de Seguros, Acueductos y Alcantarillados, la Universidad de Costa Rica y las Municipalidades.

Los programas dirigidos a la prevención y la promoción de la salud están a cargo de la CCSS, en conjunto con las labores de tratamiento y rehabilitación.

Para proveer sus servicios, la CCSS cuenta con una red de centros de atención de primero, segundo y tercer nivel.

El primer nivel lo constituyen cinco programas comprehensivos de atención, a través de una red de 93 áreas de salud, con 783 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y algunas clínicas periféricas y desconcentradas. Los EBAIS están compuestos por un médico general, una enfermera auxiliar, y uno o más técnicos asistentes (ATAPs).

El segundo nivel brinda servicios de emergencias, apoyo diagnóstico, consulta externa especializada y procedimientos quirúrgicos básicos a través de una red de centros de salud y hospitales periféricos y regionales. En el año 2000, la CCSS contaba con 10 clínicas, 13 hospitales periféricos y 7 hospitales regionales.

El tercer nivel facilita hospitalización y servicios médicos y quirúrgicos de alta tecnología en tres hospitales nacionales (México, San Juan de Dios y

Calderón Guardia) y cinco hospitales especializados (Hospital de Niños, Hospital de la Mujer, Hospital Blanco Cervantes, Centro Nacional de Rehabilitación y Hospital Psiquiátrico).

### **Ministerio de Salud**

Este organismo tiene como visión “Garantizar la protección y el mejoramiento del estado de salud de la población, mediante el ejercicio efectivo de la rectoría y el liderazgo institucional, con enfoque de promoción de la salud y participación social inteligente, bajo los principios de transparencia, equidad, solidaridad y universalidad”. <http://www.ministeriodesalud.go.cr>

Sus objetivos son:

- 1. Incrementar las habilidades y las capacidades de la población en general y de los actores clave en específico, hacia la incorporación de estilos de vida saludable y al desarrollo de los determinantes positivos de la salud.*
  - 2. Dirigir y conducir a los actores sociales que intervienen en el proceso de la producción social de la salud, orientando sus acciones hacia la protección y el mejoramiento constante del nivel de salud de la población con equidad.*
  - 3. Desarrollar organizacionalmente al Ministerio de Salud para cumplir de manera efectiva sus funciones de rectoría de la producción social de la salud, alineando su gestión institucional con su misión.*
- <http://www.ministeriodesalud.go.cr>

### **Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)**

La CCSS es la institución del sector salud que guía y facilita el cumplimiento de planes, políticas nacionales y estrategias en el campo de la salud y las pensiones, con objetivos de corto, mediano y largo plazo. Además, propicia la cobertura de trabajadores y patronos, así como la integración de la comunidad en los programas de promoción, prevención y atención de la salud ([http://es.wikipedia.org/wiki/Caja\\_Costarricense\\_de\\_Seguro\\_Social](http://es.wikipedia.org/wiki/Caja_Costarricense_de_Seguro_Social))

La Doctora Virginia Rosabal (2008), Directora del Departamento de Salud Mental de la CCSS, afirmó en una entrevista concedida el 25 de marzo de 2008 que en esa institución no existe un programa de abordaje de la problemática del suicidio, ya que los recursos con que cuenta esta entidad no permiten tener programas específicos para cada problema de salud, ya sea mental o físico. El abordaje se realiza junto con los profesionales indicados, psiquiatras o psicólogos en los distintos centros de atención.

Por lo anterior, se consideró relevante conocer la forma de intervención que se lleva a cabo en el sistema hospitalario nacional, por lo cual se recurrió a la realización de una entrevista al Doctor Roberto López Core, Jefe de Psicología del Hospital Nacional Psiquiátrico (8 de Julio, 2008).

El especialista explica el proceso de atención de la siguiente manera: tomando en consideración que la mayoría de personas con conductas suicidas han presentado previamente síntomas depresivos, es posible asumir que estas pudieron ser atendidas, o lo fueron, en los centros de primer nivel, en donde el procedimiento incluye tratamiento farmacológico contra la depresión. En los casos en que se presenta tentativa fallida de suicidio, las personas son trasladadas a los centros de atención de segundo nivel.

En estas situaciones se brinda una atención médica inmediata (física) según los requerimientos por el método empleado en la tentativa. Si el hospital no cuenta con Psicóloga(o) o Psiquiatra, se le refiere de inmediato al servicio de emergencias del Hospital Nacional Psiquiátrico para una evaluación mental. En el caso contrario, el hospital cuenta con estos especialistas, quienes le valoran y dan seguimiento, prescriben tratamiento farmacológico y una vez estables, se les da de alta. Como procedimiento común, se les remite al Hospital Nacional Psiquiátrico para una nueva evaluación.

De esta manera, cuando los o las pacientes llegan con referencia médica de otro hospital, se lleva a cabo una evaluación y de comprobarse que persiste la ideación suicida, se les interna, aunque un internamiento involuntario sea el recurso. Sin embargo, si la familia quiere llevarse al o la paciente, entonces

firma un documento comprometiéndose como responsable de salvaguardar la vida de la persona, liberando al hospital de toda responsabilidad.

Cuando la ideación suicida no es clara, el o la profesional en psicología clínica realiza una segunda evaluación más profunda, clasificando el riesgo en leve, moderado o severo, de cuyo resultado dependerá el internamiento.

El propósito de la intervención en el centro hospitalario es salvaguardar la vida de la persona que tuvo el intento de suicidio, objetivo asumido como una obligación por parte del equipo médico.

Los fines del abordaje no incluyen el reporte del intento de suicidio (como delito) a las autoridades judiciales. Sin embargo, en el caso de que la policía hubiera intervenido, se hace un acta, aunque generalmente no se sigue una causa y son muy pocos los casos en que se impone una pena (López, 2008).

Los profesionales que participan en la intervención en estos casos son: el o la psiquiatra, la psicóloga(o), el o la trabajadora social y el o la enfermera, quienes realizan un trabajo en equipo y comparten sus apreciaciones con respecto a los casos.

La metodología utilizada por este equipo interdisciplinario incluye la evaluación inicial en el área de psicología. Se trabaja primeramente sobre la depresión y posteriormente, de acuerdo con la información recabada por el o la profesional de trabajo social, sobre los estresores psicosociales que provocaron la crisis. Si la ideación suicida es persistente, el o la paciente es remitido(a) a la Unidad de Cuidados Intensivos.

En los casos en que no se observa mejoría pese al tratamiento psicológico y farmacológico, se podría recurrir a la terapia de *electroshock*, con el consentimiento de la familia.

Cuando se cuenta con el apoyo de la familia, esta es incluida en el espacio destinado a sesiones individuales, pues no se cuenta con terapia familiar o grupal para esta problemática.

López (2008) menciona como el principal logro de la intervención la alta respuesta favorable al tratamiento; aproximadamente en el 95% de los casos las personas salen estables. Sin embargo, en ocasiones repiten los intentos,

pues esto depende de múltiples variables como los estresores psicosociales y la estructura de la persona.

### **Programa de Atención Integral a la Adolescencia<sup>1</sup> (PAIA)**

Sequeira (2008), en entrevista concedida el 25 de marzo, afirma que en el PAIA no existe un proyecto específico para el abordaje del suicidio en adolescentes. Este problema se visualiza como un riesgo derivado de la depresión, por lo cual los esfuerzos se enfocan en las labores preventivas y de promoción de la salud.

Este trabajo se lleva a cabo con grupos de adolescentes que previamente se han formado en las comunidades, sin limitar el tipo de agrupación. También es posible conformarlos intencionadamente para los fines de capacitación. Los grupos son mixtos y el abordaje es general, no específico para las necesidades de las adolescentes mujeres o los adolescentes varones.

El equipo de trabajo del PAIA se traslada a los distintos escenarios en que se desenvuelven los adolescentes: escuela, familia, ámbito laboral y centros de salud. Esto para fines de capacitación, la cual se facilita a través de dinámicas participativas en temas diversos, uno de los cuales es la depresión y el suicidio.

La estrategia de movilización a los escenarios en que se desenvuelven los y las adolescentes es muy importante para permitir el trabajo con estos grupos.

Por otra parte, el trabajo en las comunidades captura también a los adolescentes que durante el abordaje del grupo se detectaron en riesgo, con el fin de aplicarles el Test de Tamizaje de Riesgo Psicosocial en Adolescentes. Este cuenta con 20 ítemes que miden riesgo en sexualidad, violencia, uso de drogas, figuras adultas sustantivas, depresión y suicidio.

Si el resultado muestra riesgo moderado o alto, el o la adolescente es referido(a) para abordaje grupal (2º. nivel de atención) para procesos educativos

---

<sup>1</sup> De acuerdo con las definiciones de la OMS y la OPS, la adolescencia comprende el periodo entre los 10 y los 19 años con once meses. OMS (2006)

y psicoterapéuticos. Ahí, los equipos están conformados por médicos, profesionales de la salud mental y de trabajo social.

De ser necesario, el o la adolescente podría ser referido(a) a un 3er. nivel de atención (hospitales generales y especializados).

El PAIA cuenta con el Manual de Atención Integral a la Depresión y al suicidio en adolescentes y actualmente están trabajando en el diseño de la Guía de Atención Integral a la Depresión y Suicidio para todo el ciclo de vida.

### **Educación superior, género y programas para la salud mental Consejo Nacional de Rectores (CONARE)**

CONARE es la entidad encargada de la coordinación de la Educación Superior Universitaria Estatal. Se relaciona con los poderes del Estado y demás instituciones autónomas, a través de la Comisión de Enlace, integrada por los Ministros de Educación Pública, Hacienda, Planificación y Política Económica y de Ciencia y Tecnología; además de los Rectores de las cuatro universidades estatales, quienes gozan de plena autonomía -elevada a rango constitucional por medio del artículo 84 de la Constitución Política de la República- (CONARE 2008).

Este ente reconoce la importancia de considerar, como elemento del desarrollo del país, la igualdad de oportunidades y participación del hombre y la mujer en los distintos sectores sociales, en particular en la educación, pues esta es un instrumento que posibilita el acceso a otros recursos mediante los cuales es posible lograr un mejor bienestar.

En este sentido, Brenes (2003) en su estudio *Los Géneros en la Educación Superior Universitaria en Costa Rica*, busca analizar las condiciones genéricas que inciden sobre el ingreso de los hombres y mujeres a la educación superior. Estudia los años 1996 y 2000, periodos en que se efectuaron encuestas que cubrieron la gran mayoría de los estudiantes de las universidades estatales.

Brenes (2003) señala que Costa Rica tiene una distribución de la población por sexo bastante equilibrada, que varía aproximadamente entre

49.9% de hombres y 50.1%% de mujeres. Sin embargo, en lo referente a la educación universitaria, es hasta la primera mitad de la década de los noventa cuando las mujeres logran igualarse a los hombres en cuanto a participación.

De 1984 a 1996 se dio un aumento significativo en el porcentaje de estudiantes mujeres en las instituciones universitarias públicas, luego de que en 1984 la población estudiantil de las universidades estatales estaba compuesta por más hombres que mujeres, con una diferencia de casi diez puntos porcentuales entre ambos sexos. Hasta 1996 el porcentaje de mujeres fue siete puntos mayor al de varones. Para el año 2000 el porcentaje fue casi el mismo que en 1996 (Brenes, 2003, p. 44).

A pesar de que en las cuatro universidades estatales la participación femenina ha ido en aumento, existen diferencias en la composición por sexo de la población estudiantil en cada una de ellas.

En el caso de la Universidad de Costa Rica, en el año 2000 hubo una distribución bastante equitativa (48,6% de hombres y 51.4% de mujeres). En el Instituto Tecnológico de Costa Rica hubo casi tres varones por mujer. En la Universidad Estatal a Distancia dos de cada tres estudiantes eran mujeres, y en la Universidad Nacional también predominaban las mujeres: 59,2% (Brenes, 2003).

Según afirma la investigadora, “...esto se relaciona con el tipo de carreras que ofrece cada institución. El Instituto Tecnológico de Costa Rica se especializa en carreras científicas y tecnológicas, más demandadas por los varones, mientras que gran parte de las carreras ofrecidas por la Universidad Estatal a Distancia y la Universidad Nacional son del área de Educación, que son cursadas principalmente por mujeres” (Brenes, 2003, p. 49).

Volviendo al análisis comparativo entre años, en 1996 la población de la Sede Central de la Universidad Nacional fue de 10.656 estudiantes, de los cuales 4.713 eran hombres, (44,2%) y 5.943 eran mujeres (55,8%).

En ese año, en carreras como Educación Preescolar, el número absoluto de mujeres fue 147 y el de hombres, 1 (99.3% y 0.7% respectivamente). Caso

contrario a la carrera de Técnico de Fútbol, en la cual estaban matriculados 18 hombres, lo que equivalía al 100% de la población (Brenes, 2003, p. 53).

Para el año 2000, es igualmente posible encontrar una distribución por género como la anterior, en carreras como Secretariado Profesional con 119 mujeres matriculadas y solamente un hombre, mientras que en Topografía y Catastro el 78.2% de la matrícula corresponde a hombres (43) y el 21.8% a mujeres (12). Para ese año la matrícula para la Sede Central fue de 4.752 estudiantes distribuidos en 1.906 hombres (40,1%) y 2.846 mujeres (59,9%) (Brenes, 2003, p. 102).

La investigadora señala que las mujeres se concentran principalmente en el área de Educación y Ciencias Sociales, mientras que los hombres están distribuidos en las diferentes áreas, con mayores porcentajes para Ciencias Sociales, Ingeniería y Educación. Después de casi dos décadas (1985 a 2002) no se observa un incremento en la participación de las mujeres en áreas que han tenido predominio de hombres: Ciencias Básicas e Ingeniería, más bien aumentó su participación en Educación (Brenes, 2003).

Brenes (2003) indica que *“un factor que parece tener peso en el desbalance entre hombres y mujeres en el acceso a las diversas disciplinas es la asignación de roles que se continúa dando en nuestra sociedad: varones con rol de proveedores económicos y mujeres encargadas del cuidado del hogar”*. (Brenes, 2003, p. 83).

Un dato relevante es que hay un porcentaje mayor de hombres que de mujeres desertores de la institución, mientras que las mujeres muestran una mayor tasa de graduación, pero el grado académico obtenido es, en términos generales, inferior al de los hombres.

El análisis de Brenes (2003) permite reconocer algunas condiciones que propician las desigualdades de género en la educación superior del país. Por ejemplo, retoma los hallazgos del estudio “Aportes para el análisis de las brechas de equidad entre los géneros” que realizó el Proyecto Estado de la Nación, el cual hace referencia a condiciones del país que ocasionan problemas

de desigualdad, principalmente en el acceso a diversas disciplinas y por tanto, a la participación dentro del mercado laboral. Dicho estudio concluyó lo siguiente:

- *En la sociedad costarricense se sigue reproduciendo la tradicional asignación de roles de sociedades patriarcales, en donde los hombres son responsables de la vida pública y las decisiones, mientras que las mujeres tienen a su cargo la reproducción, la educación y el cuidado de la familia.*
- *Entre las personas ocupadas, treinta de cada cien mujeres indican que no pueden aumentar su jornada laboral, por tener que atender obligaciones familiares o personales.*
- *Esta reproducción de roles alcanza la población adolescente. Un indicio de esto es que aunque hay mayor permanencia de las mujeres en el sistema escolar, cuando no asisten a este sistema, se dedican a los oficios domésticos del propio hogar, en tanto que los varones se incorporan al mercado laboral.*
- *Las prácticas sexistas en el aula (procesos que limitan el desarrollo de las potencialidades integrales debido al sexo de cada persona y, por ende, de su grupo de iguales) tienden a reforzar estructuras educativas discriminatorias y sus efectos sobre las mujeres.*
- *Los contextos familiares y los mensajes de los medios de comunicación contribuyen a reproducir el régimen de dominación de género e inciden en los procesos que conducen a la elección de carreras, profesiones u oficios.*
- *Existe segmentación por sexo en el mercado laboral costarricense al presentarse ocupaciones típicamente femeninas y típicamente masculinas (Brenes, 2003, p. 78-79).*

Brenes (2003, citando a Romero, s.f.) indica que:

- *“Los varones eligen carreras universitarias que les garanticen ascenso social y económico.*

- *Los varones eligen carreras universitarias por indicación directa de los padres de forma que les garantice un futuro económico más favorable, situación que es consustancial para las mujeres.*
- *Los varones y las mujeres escogen carreras por tradición familiar, en consecuencia, las mujeres escogen carreras tradicionales para ellas: enfermería, trabajo social, educación.*
- *Existe una demarcación de carreras lo que conlleva a una “feminización” o “masculinización” de las mismas.*
- *La presencia de la mujer es minoritaria en carreras que enfatizan el uso de las matemáticas y en las carreras de las ciencias experimentales o tecnológicas.*
- *Las mujeres eligen carreras que tienen poco reconocimiento salarial.*
- *La mujer tradicionalmente ha elegido carreras relacionadas con las funciones hogareñas.*
- *Las carreras supuestamente orientadas para las mujeres, sí un varón accede a ellas es “mal visto” y juzgado por los amigos y en consecuencia la sociedad misma.” (Brenes, 2003, pp. 79-80).*

## **Universidades públicas estatales**

### **Universidad Estatal a Distancia (UNED)**

En la UNED existe el Programa de Orientación Estudiantil que pertenece a la Dirección de Asuntos Estudiantiles. Es un programa de apoyo a los estudiantes, el cual busca favorecer su logro académico y fortalecer su desarrollo personal y vocacional a través de cuatro ejes conceptuales que son: el institucional, el personal-social, el educativo-académico y el vocacional.

El eje de orientación personal-social tiene como propósito brindar a los estudiantes la oportunidad de analizar y reflexionar sobre su proceso de desarrollo como individuos, enfatizando en el autoconocimiento y en el conocimiento de su realidad social.

Se realizan talleres de desarrollo personal y talleres vivenciales en temáticas como valores, autoconocimiento, autoestima y prevención integral de las adicciones, pero no se cuenta con un programa de atención psicológica.

### **Universidad de Costa Rica (UCR)**

La Dirección de Asuntos Estudiantiles tiene, como uno de sus objetivos, desarrollar programas de atención integral al estudiante.

Cuenta con una oficina de orientación que tiene como fin fomentar un proceso de orientación integral para coadyuvar con el estudiante en la construcción de respuestas a necesidades que surgen durante su admisión, permanencia y graduación. Para eso desarrolla proyectos y servicios de orientación al estudiante, mediante una acción interdisciplinaria en las áreas: Académica, Personal, Vocacional-Ocupacional y de Accesibilidad, para lo cual cuenta con: Centros de Asesoría Estudiantil (CASE), Centro de Orientación Vocacional-Ocupacional (COVO), Centro de Asesoría y Servicios a Estudiantes con Discapacidad (CASED) y la Oficina de Orientación.

El CASE cuenta con profesionales en Psicología, Orientación y Trabajo Social que tratan de ayudar a los y las estudiantes en sus procesos de vida universitaria, a través de servicios como la atención, referencia y seguimiento a estudiantes que experimentan situaciones de duelo, violencia, acoso, problemas familiares y socioeconómicos.

En este sentido, Yamileth Quirós (2008), Directora de la Oficina de Orientación, en una entrevista concedida el día 27 de marzo indicó que este servicio brinda una atención psicológica primaria, y de ser necesario, hacen una referencia al Servicio de Psicología del Departamento de Salud (en particular si se trata de problemáticas como Trastornos de la Alimentación, Esquizofrenia o Psicosis).

En el CASE se atiende con cita o en calidad de urgencia, si se trata de crisis, pero su modalidad de atención es de psicoterapia breve (hasta 8 o 10 sesiones).

El equipo de trabajo del programa, así como el servicio integral de salud, actualmente trabaja en la creación de un protocolo dirigido a atender situaciones de enfermedad mental severa y situaciones que ponen en riesgo a terceras personas o a sí mismo(a).

### **Instituto Tecnológico de Costa Rica (ITCR)**

Esta Institución cuenta con el Departamento de Orientación y Psicología, el cual desarrolla acciones que procuran incidir positivamente en el rendimiento académico de los y las estudiantes y en su proceso de desarrollo personal y profesional, por medio de acciones contempladas en tres áreas de trabajo: desarrollo psicoeducativo, investigación educativa y admisión y desarrollo profesional.

En el área de Desarrollo Psicoeducativo se desarrollan los programas de Tutoría Estudiantil, Asesoría Psicoeducativa, Acompañamiento a estudiantes en Riesgo Académico y el Programa de Servicios para estudiantes con Necesidades Especiales.

El programa de Asesoría Psicoeducativa se encarga de atender a los y las estudiantes que requieran ayuda psicológica, orientación vocacional y asesoría en aspectos académicos y sociales. Se ofrece en dos modalidades: individual y grupal. La consulta psicológica se basa en el servicio de atención clínica y es ofrecida tanto a funcionarios como a estudiantes. Asimismo atiende las situaciones que son remitidas por los servicios de medicina, enfermería y trabajo social, con la intención de ofrecer una atención integral a los y las pacientes.

Además, este programa contempla también la organización de diversos cursos y talleres dirigidos a la población estudiantil con temáticas afines a sus intereses y que respondan a los motivos más frecuentes de consulta.

Por otra parte, el Programa de Acompañamiento tiene por objetivo ofrecer algunas herramientas de ajuste al medio universitario a la población de primer ingreso y a la población regular que por sus características pueda presentar

condiciones de riesgo académico con consecuencias en las tasas de deserción y graduación.

En lo referente a la promoción, prevención y educación en salud, se realizan diferentes actividades, ofreciendo un modelo de atención integral que promueve el desarrollo de estilos de vida saludables.

### **Universidad Nacional (UNA)**

En la Universidad Nacional, la Vicerrectoría de Vida Estudiantil es el órgano encargado de promover el bienestar integral del estudiantado. Realiza funciones de investigación, docencia asistemática, extensión y administración de servicios mediante acciones articuladas con sus diferentes departamentos.

Está constituida por el Vicerrector de Vida Estudiantil, la Dirección Ejecutiva, el Consejo Asesor y los departamentos de Bienestar Estudiantil, Salud, Orientación y Psicología y Promoción Estudiantil.

El Departamento de Bienestar Estudiantil es la instancia que impulsa procesos y estrategias en procura de la satisfacción de necesidades vitales y el desarrollo integral de la población estudiantil por medio de becas y procesos socioeducativos promocionales. Sus acciones se orientan prioritariamente a la atención de estudiantes con necesidades especiales, discapacidades, limitaciones socioeconómicas, quienes destacan por su alto rendimiento académico, ámbitos de interés institucional, liderazgo estudiantil y participación en convenios nacionales o internacionales.

El Departamento de Salud es el encargado de velar por la salud integral de los miembros de la comunidad universitaria, desarrollando programas asistenciales, de prevención y promoción de la salud en las áreas de medicina y odontología.

El Departamento de Promoción Estudiantil ofrece a los y las estudiantes opciones para su desarrollo en los campos artístico, deportivo y de desarrollo humano en general, según las necesidades, valores e intereses de la comunidad universitaria y del país.

Promueve la organización y la permanencia de las agrupaciones representativas de la institución y fortalece la vida universitaria, en coordinación con los otros departamentos de la Vicerrectoría, creando espacios de participación abierta según los intereses de los y las estudiantes.

El Departamento de Orientación y Psicología se encarga de elaborar, asesorar, ejecutar y apoyar proyectos y actividades que promuevan en el estudiante una adecuada elección vocacional, que favorezcan su atracción y permanencia exitosa en la universidad y su posterior incorporación al mundo laboral.

De acuerdo con el Plan Estratégico 2007-2011 (Validado el 4-05-2007), este departamento tiene como propósito “desarrollar y facilitar programas y servicios desde la orientación y la psicología para la comunidad universitaria, con énfasis en la población estudiantil, que contribuyan en la construcción de su proyecto de vida y de su identidad universitaria”.

Sus objetivos estratégicos buscan desarrollar un modelo de abordaje<sup>2</sup> fundamentado en la Orientación y la Psicología estableciendo vinculaciones con otras disciplinas para el desarrollo de sus programas y servicios.

Asimismo, pretende vincular esfuerzos con otras instancias universitarias para el mejoramiento y aprovechamiento de los programas y servicios que ofrece.

Los proyectos que desarrolla este departamento se fundamentan en la prevención integral y el trabajo interdisciplinario, buscan la potenciación de las habilidades y destrezas socioafectivas de los y las estudiantes y la atención oportuna de sus necesidades psicológicas. Por esto, una de sus funciones es brindar atención psicológica, psicopedagógica, orientación individual o grupal y asesoramiento vocacional a la población estudiantil que lo requiera o solicite.

Este servicio funciona desde hace aproximadamente 25 años y en la actualidad cuenta con tres profesionales en psicología, quienes atienden aproximadamente a 63 estudiantes por semana, por un periodo variado de

---

<sup>2</sup> El modelo incluye las etapas de valoración, propuesta, acción -individual o vinculada-, seguimiento y evaluación.

tiempo que puede ir de las 10 a las 20 sesiones, según las necesidades de los y las consultantes.

### **Investigaciones relacionadas con el tema del suicidio**

Una de las primeras investigaciones acerca del suicidio en Costa Rica fue llevada a cabo por Brenes, Raven y Brenes en 1977. Su objetivo fue la realización de un estudio exploratorio descriptivo con una muestra intencional de 86 sujetos del total de personas que entre mayo de 1972 y abril de 1973 fueron atendidas por intento de suicidio en los Hospitales San Juan de Dios y Nacional Psiquiátrico, para conocer el perfil de las personas que cometen intento de suicidio.

Mediante la aplicación de un cuestionario, evaluaron aspectos sociodemográficos, aspectos relacionados con los intentos de suicidio, factores precipitantes, factores de ajuste al ambiente familiar y de ajuste social.

Encontraron que el 83% de las de personas con intentos de suicidio son mujeres jóvenes con edades entre los 17 y los 22 años, solteras, de bajo nivel educativo, católicas, desempleadas, residentes de zona urbana, sin hijos ni dependientes.

Alpízar, Donini y Navarro (1993) efectuaron un estudio desde el enfoque sistémico, con el objetivo de analizar los aspectos sociodemográficos, psicosociales y familiares de los y las adolescentes que habían sido atendidos(as) en el Hospital Calderón Guardia entre julio de 1992 y enero de 1993 por tentativa de suicidio.

Aplicaron un cuestionario individual a 32 adolescentes (21 mujeres y 11 varones) entre los 15 y 21 años. Efectuaron también una sesión familiar, una entrevista de pareja y una sesión individual con los y las jóvenes.

Encontraron que la mayoría pertenecía a sistemas familiares fragmentados, con ausencia del padre o la madre, en algunos casos vivían con otros familiares y dos jóvenes vivían solas. Las autoras señalan que la ausencia de familias organizadas, con la estabilidad que dan el padre y la madre, conlleva

dificultades para que los y las jóvenes puedan vincularse en relaciones estables y seguras, lo que podría erosionar su autoestima y autoconfianza.

Sus conclusiones plantean que los problemas familiares constituyen el principal motivo que adujeron los y las jóvenes para intentar suicidarse. La inadecuada comunicación es uno de los problemas más presentes, por lo que argumentan que buscan la escucha y el apoyo fuera de sus hogares.

En el caso particular de la figura paterna, cuando se tiene relación con la misma, los y las participantes perciben en su padre: indiferencia, distanciamiento, falta de interés, agresión, falta de comunicación e imposibilidad para expresar sentimientos u opiniones en cuanto a las decisiones familiares, lo que produce conflictos con ellos.

Por el contrario, en la relación con la madre y los hermanos y hermanas del o la adolescente, no encuentran hallazgos significativos, lo cual interpretan como una tendencia de los y las participantes a considerar más problemática y conflictiva la relación con el padre que con la madre.

Por otra parte, Martínez y Oviedo (1994) se enfocan en los factores psicológicos y sociales incidentes en la conducta suicida de los adolescentes atendidos en las unidades de emergencia del Hospital Nacional Psiquiátrico y el Hospital San Juan de Dios durante los meses de junio a setiembre de 1993.

Aplicaron un cuestionario a 43 adolescentes ubicados(as) en el rango de edad de 12 a 20 años, a la vez que entrevistaron a 31 familiares de estos(as) jóvenes.

El cuestionario incluía datos generales del paciente, método empleado en el intento suicida y motivación para el acto. Así también acontecimientos de vida del o la adolescente: control de impulsos, conducta social, proyecto de vida, patrones de adaptación y reacciones emocionales relacionadas con la familia.

En la entrevista a los familiares se evaluaron las características de la familia, del medio circundante, recursos económicos, antecedentes patológicos, apoyos y relaciones sociales, patrones de adaptación y apoyos religiosos.

Sus hallazgos les permitieron concluir que pese a las patologías psicosociales presentadas en la familia, no es posible afirmar que esto sea factor

causante del acto suicida como forma de escape, control o acercamiento. Asimismo, los factores sociales aparentan no tener una relación directa con el acto.

El intento suicida parece ser más bien una respuesta impulsiva en jóvenes con baja tolerancia a la frustración. En este sentido, encontraron que la variable “factores psicológicos” es la que explica más ampliamente la conducta de los jóvenes.

Por su parte, López (2001) realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar si existe correlación entre el abuso sexual en la infancia y el intento o ideación suicida durante la adolescencia.

En su investigación participaron adolescentes mujeres entre los 10 y 18 años que fueron internadas en la Unidad de Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico debido a intento de suicidio o ideación suicida en el periodo comprendido entre el 1º de julio y el 31 de diciembre del 2000.

Se utilizó un instrumento de evaluación con preguntas abiertas y cerradas, así como una entrevista directa e información proveniente de los expedientes médicos.

Sus hallazgos muestran que de 57 mujeres que ingresaron por ideación o intento de suicidio en el periodo señalado, 33 reportaron haber sufrido abuso sexual, lo que representa 57.9%. La autora interpreta el intento de suicidio como consecuencia del abuso, sin embargo el estudio no profundiza en esa correlación.

Barboza, Hernández, Ugalde y Valverde (2006) realizaron una investigación que tenía como objetivos identificar las características personales y la dinámica familiar de los y las adolescentes con ideas e intentos de autoeliminación, las situaciones que les motivaron al intento y sus necesidades. El estudio fue realizado desde un enfoque sistémico e incluyó a 17 adolescentes (14 mujeres y 3 hombres) con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años, a los cuales se les detectó ideación o conducta suicida mediante la aplicación del instrumento de Tamizaje para Adolescentes durante el año 2004, cuando fueron valorados por el Servicio de Trabajo Social del Área de Salud de San

Ramón. Para recolectar la información, las investigadoras utilizaron la entrevista a profundidad.

Sus hallazgos muestran que entre las características personales de los y las adolescentes se presenta baja autoestima; dificultades para resolver conflictos; poca tolerancia al fracaso; dificultad para controlar emociones negativas; dificultad para la toma de decisiones; algunos(as) repiten o han repetido el año académico; dan gran importancia al grupo de pares para poder expresarse con libertad y elaboran planes de vida sin tomar en consideración opciones reales según sus capacidades económicas o habilidades físicas, psicológicas o intelectuales.

Las familias de los y las adolescentes son de tipo nuclear con un modelo autoritario o, por el contrario, uno permisivo. Predominan las figuras de crianza inestables que ejercen roles poco claros. La comunicación es poco fluida y clara y los y las adolescentes expresan la necesidad de escucha y comprensión por parte de sus progenitores.

Barboza et al. (2006) encontraron que las diferencias generacionales entorpecen los vínculos estrechos entre padre, madre, hijos e hijas, lo que les dificulta a las y los últimos el desarrollo de un sentido de pertenencia a sus familias. Esto les genera soledad, depresión y desesperanza, lo que a su vez les lleva al aislamiento y la aparición de conductas de riesgo como las ideas e intentos de autoeliminación.

Estas autoras identificaron las principales situaciones que motivaron en los y las adolescentes las ideas e intentos de autoeliminación: problemas familiares, sentimientos de soledad, problemas con amigos, estrés y secuelas de abuso.

Como factores protectores encontraron en algunos casos la espiritualidad, las buenas relaciones interpersonales y las situaciones experimentadas a raíz del intento (lo que aprenden de la experiencia).

En cuanto a las necesidades señaladas por esta población, Barboza et al. (2006) detectan la afectividad por parte de los miembros de su familia, la

aprobación y el hecho de que los progenitores reconozcan y validen las necesidades de los y las adolescentes.

Por otra parte, Carvajal, Castro, Coghi, Mora y Quesada (2006) efectuaron un estudio para conocer los factores protectores asociados a la prevención de la intención suicida en adolescentes de colegios públicos y los atendidos en la Fundación Rescatando Vidas durante los años 2003 y 2004. Para el logro de sus objetivos se utilizó la entrevista en profundidad con dos mujeres y un hombre que habían sido atendidos por intento de suicidio en la fundación mencionada, la cual se especializa en la atención de personas con esa problemática. También se entrevistó a cinco hombres y cuatro mujeres que no habían manifestado conductas suicidas y que asistían al Liceo Diurno de Limón, al Liceo de San Miguel y al Liceo de San Antonio, estos dos últimos ubicados en Desamparados.

Los resultados muestran factores protectores como la sociabilidad, destreza que les ayuda a relacionarse positivamente con las personas y a tener la habilidad necesaria para iniciar y mantener buenas relaciones de amistad, familiares y con compañeros(as) de estudio.

Asimismo, el autoconocimiento es un elemento protector, pues señalan que al conocer sus propias emociones, tienen mayor control sobre las mismas y pueden reflexionar y tomar decisiones asertivas. Además, el identificar y aprovechar sus propias habilidades fortalece su grado de resiliencia y autoestima.

Otros factores incluyen la planificación de su futuro, el establecimiento de metas, la autoestima, la capacidad intelectual y para el aprendizaje, el sentido del humor y la empatía.

En lo que respecta a los factores protectores ambientales, las autoras rescatan la pertenencia a un núcleo familiar establecido en el que se brinde calidez, cohesión, bajo nivel de discordia, vínculos estrechos, relaciones de apoyo, comunicación efectiva y enfrentamiento funcional de las dificultades.

El apoyo y la compañía del grupo de pares es importante si su influencia es positiva para el desarrollo personal y social. Son protectores los que

fomentan la resiliencia, la promoción de vínculos estrechos, el acceso a recursos para satisfacer las necesidades básicas como la recreación y el desarrollo de valores prosociales (el altruismo y estrategias de convivencia como la cooperación).

Otro elemento protector es la ayuda institucional oportuna. Asimismo, la institución de educación formal es importante si representa un espacio que permita las relaciones sociales con el grupo de pares, personas adultas significativas como los docentes y si motiva el establecimiento de metas personales y un proyecto de vida.

### **Cifras estadísticas**

En el campo del análisis estadístico, Miranda y Del Valle (2000) en su investigación acerca de las diferentes manifestaciones de la violencia en Costa Rica en los trienios 1983-1985 y 1995-1997, en particular, el número de muertes violentas, encontraron que en ambos periodos el suicidio es más frecuente que el homicidio.

En el primer caso, entre 1983 y 1985 cometieron suicidio 318 personas, de las cuales 270 eran hombres y 48 eran mujeres. En ese mismo periodo, se dieron 311 homicidios (260 hombres y 51 mujeres). En el trienio 1995-1997, cometieron suicidio 505 hombres y 86 mujeres, para un total de 591 casos, en comparación con 575 homicidios, de los cuales 515 eran hombres y 60 eran mujeres (Miranda y Del Valle, 2000, p.19).

Datos más recientes sistematizados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) confirman esos hallazgos, tal como se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla No.1**  
**Cantidad de suicidios y homicidios acontecidos en Costa Rica**  
**entre los años 2002 y 2007,**  
**según sexo**

<b>Año</b>	<b>Total suicidios</b>	<b>Hombres</b>	<b>%</b>	<b>Mujeres</b>	<b>%</b>	<b>Total Homicidios</b>	<b>Hombres</b>	<b>%</b>	<b>Mujeres</b>	<b>%</b>
2002	281	241	86	40	14	236	205	87	31	13
2003	317	264	83	53	17	285	249	87	36	13
2004	294	261	89	33	11	251	215	86	36	14
2005	307	255	83	52	17	310	255	82	55	18
2006	336	287	85	49	15	319	286	90	33	10
2007	305	255	84	50	16	332	295	89	37	11
<b>Total</b>	<b>1840</b>	<b>1563</b>		<b>277</b>		<b>1733</b>	<b>1505</b>		<b>228</b>	

**Fuente: Elaboración propia basada en estadísticas suministradas por el INEC.**

En relación con el número de suicidios anuales, la tabla No. 1 muestra una tendencia hacia la estabilidad con un leve crecimiento anual.

Se observa también que tanto en los casos de suicidio como de homicidio los porcentajes masculinos son ampliamente mayores que los femeninos.

En la tabla 2 se muestran los suicidios por año, según sexo y edad:

**Tabla No. 2**  
**Cantidad de suicidios acontecidos en Costa Rica**  
**Entre los años 2002 y 2007**  
**Según sexo y edad**

Suicidios Edad y sexo	1 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 y más	Igno- rada	
<b>Año 2002</b>									
Total	281								
Hombres	241	-	33	51	32	24	45	51	5
Mujeres	40	-	15	9	3	3	5	4	1
<b>Año 2003</b>									
Total	317								
Hombres	264	-	20	72	27	26	50	67	2
Mujeres	53	-	18	17	4	4	6	4	-
<b>Año 2004</b>									
Total	294								
Hombres	261	-	25	62	54	53	36	29	2
Mujeres	33	-	9	6	5	5	5	3	-
<b>Año 2005</b>									
Total	306								
Hombres	254	-	19	55	62	57	31	28	2
Mujeres	52	-	15	9	13	8	6	1	-
<b>Año 2006</b>									
Total	336								
Hombres	287	2	31	77	52	65	33	26	1
Mujeres	49	-	10	16	6	9	3	5	-
<b>Año 2007</b>									
Total	305								
Hombres	255	-	19	60	60	56	37	23	-
Mujeres	50	-	12	17	8	8	1	4	-
<b>Total general</b>	<b>2</b>	<b>226</b>	<b>451</b>	<b>326</b>	<b>318</b>	<b>258</b>	<b>245</b>	<b>13</b>	

**Fuente: Elaboración propia basada en estadísticas suministradas por el INEC.**

Esta información corrobora lo planteado en la literatura sobre el tema acerca de los elevados porcentajes de suicidio masculino en comparación con el femenino, así como se confirma la tendencia mundial referente al grupo de 20 a 29 años como el que presenta los valores más elevados de suicidio femenino y masculino.

## Contexto local

### Universidad Nacional

#### Programa de Atención Psicológica

Del informe de resultados del Programa de Atención Psicológica del año 2007 puede deducirse que las mujeres son quienes en mayor proporción solicitan el servicio y son atendidas en el programa. La diferencia es significativa, pues representan el 74%, mientras que los hombres, el 26%, así lo demuestra la tabla número cuatro:

**Tabla No.3**  
**Información de estudiantes que recibieron psicoterapia en el Programa de Atención Psicológica durante el año 2007**

Total de estudiantes atendidos	146
Total de estudiantes nuevos	103
Pacientes con seguimiento de otros años	43
Hombres	38
Porcentaje	26%
Mujeres	108
Porcentaje	74%

**Fuente: Elaboración propia con información recopilada del Informe Anual 2007 del Departamento de Orientación y Psicología.**

Con respecto a las problemáticas atendidas con mayor frecuencia, se construyó la siguiente tabla que las ilustra:

**Tabla No.4**  
**Problemáticas que más frecuentemente presentan los y las estudiantes atendidos y atendidas en el Programa de Atención Psicológica durante el año 2007**

<b>Problemática</b>	<b>Total</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Hombres</b>	<b>Porcentaje</b>
Depresión	108	81	75%	27	25%
Idea, plan o gesto suicida	59	43	73%	16	27%
Violencia física, psicológica o sexual	89	71	80%	18	20%
Consumo de alcohol	27	21	78%	6	22%
Consumo de drogas	9	4	44%	5	56%
Trastorno de conducta alimenticia	19	17	89%	2	11%
Trastornos psiquiátricos, familiares o personales	58	45	78%	13	22%

**Fuente: Elaboración propia con información recopilada en los expedientes de psicología de los y las estudiantes que recibieron psicoterapia en el año 2007.**

Es importante resaltar que además de ser mayor la cantidad de mujeres que solicitan la atención psicológica, también son las que presentan problemáticas de las más frecuentes, con una diferencia significativa en relación con los hombres.

En este sentido, sería relevante para el Departamento de Orientación y Psicología contar con información que le permita dar respuestas con una perspectiva de género a las necesidades de la población estudiantil, en particular a las serias problemáticas que aquejan a las mujeres, el mayor porcentaje de usuarias.

## Justificación

El suicidio es considerado un grave problema de salud pública, al ser en el mundo una de las principales causas de muerte en adultos jóvenes (OMS, 2004).

En los estudios sobre esta problemática, se encuentran concordancias con respecto a que las mujeres son quienes más llevan a cabo intentos de suicidio (en relación de 85 mujeres por cada 15 hombres), pero se da un comportamiento interesante en lo que respecta a los suicidios, pues esa relación se revierte: por cada 85 hombres que se suicidan, lo hacen 15 mujeres (OMS, 2004).

En este sentido, Hunt et al. (2006) afirman que históricamente los investigadores han ignorado la cuestión del género en la dinámica del suicidio. Sin embargo, las diferencias genéricas en la expresión de los comportamientos suicidas indiscutiblemente ameritan su estudio.

De esta manera, por el peso de la socialización patriarcal sobre los roles de género, es indispensable reconocer las dinámicas subjetivas participantes en la consideración del suicidio como una salida, en el caso de las mujeres y de los hombres estudiantes de la Universidad Nacional que solicitaron el servicio y fueron atendidos en el Programa de Atención Psicológica.

Esto permitirá identificar, rescatar y exponer las vivencias propias de las mujeres y los hombres con respecto a este problema, con el fin de hallar posibles líneas de acción para el diseño de políticas que respondan a un problema en crecimiento alarmante en el mundo y que en nuestro país no cuenta con investigación y análisis en grupos poblacionales específicos. Menos aún, con un abordaje sensible al género, de acuerdo con los requerimientos propios de los hombres y de las mujeres.

Por esto, la perspectiva propia de este enfoque de investigación añade un elemento novedoso a los estudios que se han efectuado en el país, pues se propone, mediante una visión holística y sistémica, analizar los factores de riesgo para las conductas suicidas de los estudiantes de la Universidad

Nacional. A la vez busca reconocer cuáles son las fortalezas que les han permitido sobrevivir y llegar a la universidad, pese a las problemáticas presentadas que les hacen solicitar psicoterapia. Todo esto con una perspectiva género-sensitiva que permita rescatar la vivencia propia de las mujeres y de los hombres en relación con la problemática, explorando la influencia del sistema patriarcal sobre los procesos de socialización discriminatorios que pudieran tener alguna incidencia sobre la ideación suicida.

Se pretende, entonces, dar algunas posibles explicaciones con respecto a las diferencias en los comportamientos suicidas de hombres y mujeres, así como sus estrategias de afrontamiento.

Así, se proyecta que esta investigación pueda tener una utilidad y un impacto que se extenderán a las áreas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y adecuado abordaje del problema. Por esto, la relevancia social de los resultados del estudio será significativamente importante para el Departamento de Orientación y Psicología y para la Vicerrectoría de Vida Estudiantil a la cual pertenece.

De acuerdo con este contexto, es entonces de particular interés realizar una investigación que sirva de insumo para la creación de políticas dirigidas a la protección integral de la salud –física y mental- de los y las estudiantes universitarios(as).

El estudio es viable y factible porque se tiene la disponibilidad de recursos económicos y humanos necesarios facilitados por el departamento mencionado, al mismo tiempo que se tiene acceso a la información de los pacientes, respetando siempre su derecho a la confidencialidad.

## **Planteamiento del problema**

El Programa de Atención Psicológica de la Universidad Nacional cuenta con recursos humanos limitados para atender con carácter inmediato a la población estudiantil que solicita el servicio. Esto provoca que los y las solicitantes, pese a haber sido atendidos en una cita de valoración (para determinar la urgencia de psicoterapia), tengan que ingresar en una lista de espera –indistintamente de que se detecten como casos prioritarios para atención inmediata-.

El tiempo que transcurre para su atención depende en gran parte del personal profesional en psicología con el que se cuente, pero también de la duración del tratamiento de los y las pacientes que están siendo atendidos(as).

Algunas iniciativas han sido puestas en práctica para tratar de solventar la dificultad que significa tener en espera a los y las jóvenes que requieren el servicio. Una de esas iniciativas es el diseño y ejecución de talleres educativos, pero esta es una modalidad poco aceptada por gran parte de los y las solicitantes, quienes no se sienten cómodos con el trabajo grupal. Indudablemente este tipo de abordaje es adecuado para algunas problemáticas, pero no para aquellas que los y las consultantes consideren muy delicadas (como podrían ser la violencia intrafamiliar o el abuso sexual). Más bien se proponen para temas como manejo del estrés y desarrollo de habilidades sociales.

Por esto, es necesario realizar estudios que ayuden a determinar factores de riesgo y factores que protegen contra conductas disfuncionales, con el fin de ofrecer respuestas prontas y adecuadas a la población universitaria y que permitan una mayor cobertura.

Al 21 de agosto de 2009 están en espera 32 estudiantes (26 mujeres y 6 hombres) que presentan algún grado de depresión o que en algún momento de su vida presentaron conductas suicidas, por lo cual encontrar respuestas a sus necesidades resulta urgente.

Al mismo tiempo, de acuerdo con la información recabada referente al perfil de los y las estudiantes atendidos y atendidas en el programa, es

indispensable dar respuesta de manera particular a las necesidades de las mujeres, mayoría de usuarias del servicio. Ellas atraviesan por importantes dificultades que afectan cada una de las áreas de sus vidas, en especial porque, en relación con los objetivos de este estudio, las mujeres son quienes mayoritariamente presentan síntomas depresivos y conductas relacionadas con suicidio.

### **Formulación del problema de investigación**

Al considerar los elementos detallados en el planteamiento del problema, esta investigación pretende responder a la siguiente pregunta de investigación:

#### **Problema**

¿Cuáles son los factores personales, familiares y sociales que predisponen y precipitan la manifestación de conductas suicidas, y los factores que protegen contra la presentación de esas conductas, en las mujeres y los hombres atendidos en el Programa de Atención Psicológica de la Universidad Nacional durante el año 2007?

#### **Objetivo general**

- Determinar los factores personales, familiares y sociales que predisponen y precipitan la manifestación de conductas suicidas, y los factores que protegen contra la presentación de esas conductas en las mujeres y los hombres atendidos en el Programa de Atención Psicológica de la Universidad Nacional durante el año 2007.

#### **Objetivos específicos**

1. Analizar los factores personales -cogniciones, emociones, conductas, estrategias de afrontamiento, habilidades sociales, proyecto de vida y presencia o ausencia de trastornos médico psiquiátricos- que predisponen y precipitan la manifestación de conductas suicidas y los que protegen contra su manifestación.

2. Identificar los factores familiares –dinámicas relacionales, estilos de comunicación y resolución de conflictos, presencia o ausencia de trastornos médico psiquiátricos- como elementos predisponentes y precipitantes para la presentación de conductas suicidas y como elementos de protección contra los actos suicidas.
3. Indagar la influencia de los factores sociales – roles de género, relaciones sociales, redes de apoyo, fuentes de empleo, estudio o esparcimiento- como predisponentes y precipitantes para la manifestación de conductas suicidas, y los que protegen contra la presentación de esas conductas.

### **Objetivo propositivo**

- Identificar posibles líneas de acción para la creación de políticas específicas de abordaje de la problemática del suicidio en el Departamento de Orientación y Psicología de la Universidad Nacional, con énfasis en la promoción de la salud y desde una perspectiva género sensitiva.

## Capítulo II

### Marco Teórico

El marco teórico que sustenta esta investigación concuerda con un enfoque género-sensitivo que busca la igualdad y la equidad real entre los sexos. Desde este paradigma se promueven las investigaciones científicas sensibles a las diferencias que presentan los seres humanos, con el fin de que se visualicen y dirijan esfuerzos de acuerdo con las especificidades y necesidades que tienen los hombres y las mujeres.

Elaborar una investigación con perspectiva de género implica partir de la raíz misma de las diferencias genéricas: desde el sistema patriarcal en el cual se vive.

Autoras como Marcela Lagarde se han destacado por la ardua labor que desempeñada desde los distintos movimientos feministas que persiguen la erradicación del androcentrismo, la misoginia y otros males que históricamente han dominado a las mujeres.

De acuerdo con Lagarde (1996, p. 13), “la perspectiva de género está basada en la teoría de género y se inscribe en el paradigma teórico histórico-crítico y en el paradigma cultural del feminismo” por tanto, es necesario analizar el sistema patriarcal, el androcentrismo y la consecuente división genérica de roles.

Esto es requisito en una investigación que pretende un abordaje holístico y sistémico de la realidad porque los supuestos del sistema patriarcal permean todas las áreas de desempeño de los seres humanos: social, familiar, laboral y académica; y promueven, mantienen y refuerzan la discriminación genérica en los planos estructural, institucional, económico y político, lo que influye y es influido por la identidad de género.

De esta manera, los hombres y las mujeres viven de acuerdo con los roles asignados en la sociedad. De acuerdo con las diferencias en los roles asignados y asumidos, se espera explicar las dinámicas influyentes sobre las

conductas suicidas en las mujeres y en los hombres que presentan esos comportamientos disfuncionales.

Las conductas suicidas son formas de violencia contra sí mismo(a), por lo cual se tomarán en consideración los aportes de Michael Kaufman con respecto a la violencia de los hombres contra las mujeres, contra otros hombres y contra sí mismos. Este autor se ha identificado con los objetivos y presupuestos de los movimientos feministas y ha emprendido también importantes luchas desde el ámbito masculino.

La postura psicológica desde la cual se analizan los resultados de este estudio es el enfoque cognitivo-conductual-emocional, el cual entiende el comportamiento humano como producto, mayoritariamente, del aprendizaje social y aborda los planos individual, familiar, comunitario, social y cultural en infinita interacción e influencia.

Autores como Aaron Beck y Reinecke, han brindado aportes significativos para la comprensión de las problemáticas de depresión y suicidio, por lo cual forman parte del fundamento teórico de la investigación.

## **Violencia autoinfligida, conducta suicida y depresión**

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2005), la violencia autoinfligida comprende el comportamiento suicida y las autolesiones. El primero incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio -también llamados "parasuicidio" o "intento deliberado de matarse"- y suicidio consumado. En contraposición, el automaltrato consiste en la destrucción o alteración directa y deliberada de partes del cuerpo sin una intención suicida consciente.

La automutilación grave incluye cegarse y la amputación de dedos, manos, brazos, pies o genitales. La automutilación estereotípica contempla el golpearse la cabeza contra la pared, morderse, golpearse las manos o los brazos, apretarse los ojos o la garganta y arrancarse los cabellos. La automutilación superficial o moderada implica cortarse, arañarse o quemarse la piel, clavarse agujas o tirarse compulsivamente del cabello (OPS, 2005).

El suicidio es concebido, de acuerdo con la OPS (2005), como el acto humano de causar la cesación de la propia vida y el término "ideación suicida" se refiere a pensamientos acerca del suicidio, con diversos grados de intensidad y elaboración, como el sentimiento de estar cansado de la vida, la creencia de que no vale la pena vivir y el deseo de no despertar del sueño.

### **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**

El DSM IV-TR es el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana utilizado alrededor del mundo por profesionales de la salud mental, con fines diagnósticos e investigativos.

Con el propósito de operacionalizar el concepto de depresión que se utiliza en este estudio, se incluye su caracterización según este manual, el cual ubica el Episodio Depresivo Mayor dentro de los trastornos del estado de ánimo, para cuyo diagnóstico se debe evaluar:

- A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa, uno de los síntomas debe ser 1. estado de ánimo depresivo o 2. pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio sujeto.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día, según refiere el propio sujeto u observan los demás.
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen dietético, o aumento de peso, pérdida o aumento de apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, que pueden ser delirantes, casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga o medicamento) o una enfermedad médica (hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo; estos persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas o inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos con enlentecimiento psicomotor.

## **El modelo cognitivo**

La psicología cognitiva sostiene que las emociones humanas están basadas en las ideas y que mediante, el control de las mismas, puede llegarse al cambio y bienestar emocional.

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para el tratamiento de diferentes alteraciones psiquiátricas y se basa en el supuesto teórico de que la conducta de un individuo se encuentra determinada en gran medida por la forma en que él mismo estructura el mundo. Sus cogniciones se fundamentan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias previas (Beck et al.. 1983).

De acuerdo con Beck (1983), el modelo cognitivo se basa en supuestos generales como los siguientes:

1. La percepción y la experiencia son procesos activos que incluyen datos de inspección y de introspección.
2. Las cogniciones de cada persona resultan de la síntesis de los estímulos internos y externos.
3. El modo en el que la persona evalúa la situación, se evidencia a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes).
4. Las cogniciones constituyen la corriente de conciencia o campo fenomenológico de las personas y reflejan la configuración de la persona acerca de sí misma, su mundo, su pasado y su futuro.
5. Las modificaciones en el contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en su conducta y pueden producir una mejoría clínica.

En lo referente a la depresión, el modelo sostiene que la misma es el reflejo de la combinación de distintos factores etiológicos, bioquímicos, psicológicos e interpersonales que actúan en un proceso circular (Bedrosian, 1988).

Este autor puntualiza en las siguientes variables: las variables orgánicas incluyen los factores bioquímicos, como la predisposición genética hacia los trastornos depresivos, el desbalance en los neurotransmisores, el abuso de

sustancias y los efectos secundarios de otros malos funcionamientos físicos, como el hipotiroidismo.

Los factores cognitivos incluyen las creencias básicas acerca de la vida (esquemas), expectativas, interpretaciones, fantasías e imágenes de las cuales las personas podrían o no tener conocimiento consciente.

Los comportamientos contemplan los excesos o déficits conductuales: falta de asertividad, dificultades en la comunicación, excesivo aislamiento social, procrastinación y comportamiento agresivo.

Las variables contextuales que podrían promover los síntomas depresivos incluyen los eventos vitales causantes de estrés (muerte de un ser querido, enfermedad crónica, pérdida de empleo). También incluyen los problemas en las relaciones con los otros significativos, como los maritales, las dinámicas familiares disfuncionales o una enfermedad en la familia.

Los estados afectivos, comportamientos y cogniciones de cada miembro de la familia tienden a afectar a los demás, en un proceso continuo de influencia recíproca (Bedrosian, 1988).

Por su parte, Beck (1983) plantea un modelo que postula tres conceptos específicos para explicar la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos que inducen a las personas a considerarse a sí mismas, al futuro y a sus experiencias de modo idiosincrático.

En lo que respecta a las personas con depresión, el modelo plantea que estas presentan una visión negativa de sí mismas, que se consideran desgraciadas, torpes, enfermas y con poca valía. Tienden a atribuir sus experiencias desagradables a defectos suyos de tipo psíquico, moral o físico y creen que esto los hace menos valiosos, a la vez que piensan que carecen de los atributos necesarios para alcanzar la felicidad (Beck, 1983, p. 19).

En cuanto a la visión del mundo, la persona con depresión interpreta sus experiencias de manera negativa. Cree que el mundo le hace demandas exageradas, le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos e

interpreta sus interacciones con el entorno con pensamientos de derrota y frustración (Beck, 1983).

La visión negativa acerca del futuro implica que las personas con depresión, al realizar proyectos de largo alcance, anticipen que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente con penas, sufrimientos y frustraciones y con expectativas de fracaso (Beck, 1983).

Al respecto, Bedrosian (1988) agrega que si la persona se ve con poca valía, ve al mundo y en especial a su familia como carente de apoyo y oportunidades y al futuro sin esperanza para el cambio, entonces el suicidio empieza a visualizarse como una solución deseable.

Beck (1983) afirma además que la poca fuerza de voluntad, los deseos de escape y evitación se pueden explicar como consecuencia de las cogniciones negativas que llevan al pesimismo y la desesperación. Y en este sentido, agrega: *“Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable. El depresivo puede verse a sí mismo como una carga inútil y consecuentemente pensar que sería mejor para todos, incluido él mismo, si estuviese muerto.”* (Beck, 1983, p. 20).

El segundo componente al que Beck (1983) hace referencia es el de esquemas. Con este término designa los patrones cognitivos estables que explican por qué la persona con depresión mantiene actitudes que la hacen sufrir y son contraproducentes, aunque exista evidencia de que en su vida hay factores positivos. Así, producto de sus esquemas de pensamiento, la persona tiende a ser consistente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares y sus conceptualizaciones acerca de ciertos acontecimientos se distorsionan, ajustándose a esquemas inadecuados prepotentes.

Lo anterior desencadena en que la persona pierda gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y que su capacidad para recurrir a otros esquemas más adecuados se vea muy limitada (Beck, 1983).

El tercer componente en el modelo cognitivo de la depresión se refiere a los errores en el procesamiento de la información. Estos se refieren a la creencia

de la persona en la validez de sus conceptos negativos, incluso cuando existe evidencia que los contradice.

De acuerdo con Beck (1983) algunos son:

1. *Inferencia arbitraria*: adelantar una determinada conclusión aunque no existan pruebas que la apoyen y aún cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
2. *Abstracción selectiva*: consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otros aspectos más relevantes de la situación y conceptualizar toda la experiencia basándose en el fragmento extraído.
3. *Generalización excesiva*: proceso de elaborar una regla general o conclusión, a partir de un hecho aislado y aplicar esa regla a situaciones relacionadas o inconexas.
4. *Maximización y minimización*: se reflejan en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento, al punto de convertirse en una distorsión.
5. *Personalización*: es la tendencia de la persona a atribuirse a sí misma fenómenos externos, aunque no exista una base firme para hacer tal conexión.
6. *Pensamiento absolutista dicotómico*: tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas y para clasificarse a sí misma, la persona selecciona la categoría del extremo negativo.

Acerca de la predisposición y el desencadenamiento de la depresión, Beck (1983) ofrece la hipótesis de que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos pueden permanecer latentes y ser activados por circunstancias similares a las que inicialmente fueron responsables de la formación de actitudes negativas.

En este sentido, las situaciones negativas de la vida, incluso las más adversas, no llevan necesariamente a una depresión, a menos que la persona esté especialmente sensibilizada hacia un tipo concreto de situación, según la naturaleza de su organización cognitiva (Beck, 1983, p. 24).

Además, este autor enfatiza en la necesidad de considerar que la conducta de una persona influye sobre los otros a su alrededor, cuyas acciones, a su vez, influyen sobre la persona. Así, las relaciones interpersonales disfuncionales podrían sumir a la persona en un círculo vicioso de negatividad, mientras que las relaciones armoniosas pueden actuar como un amortiguador en la aparición de una depresión incipiente.

Beck (1983, p. 24) afirma: *“Un sistema de apoyo social sólido puede servir para proporcionar muestras de aceptación, respeto y afecto que neutralicen la tendencia del paciente a subestimarse”*.

Por otra parte, un concepto que Beck (2003) considera relevante para entender a las personas con depresión es el de su autoestima, comprendida como el valor que un individuo se da a sí mismo en un momento dado. Es una autoevaluación que desencadena una respuesta emocional: placer, dolor, ira o ansiedad.

En este sentido, de acuerdo con De Mézerville, el concepto de autoestima está formado por seis componentes. El primero de esos componentes es la autoimagen, que consiste en la capacidad de verse a sí misma, no mejor ni peor, sino como la persona que realmente es. La autovaloración, que consiste en apreciarse como una persona importante para sí misma y para los demás. La autoconfianza, que implica la creencia de la persona en que puede hacer todo y sentirse segura cuando lo hace. El autocontrol, que consiste en manejarse correctamente en la dimensión personal, con autocuidado, dominio y organización. La autoafirmación, que se define como la libertad de la persona para ser ella misma y tomar decisiones con autonomía y madurez. Y el sexto componente es la autorrealización, que es el desarrollo y expresión adecuada de las capacidades personales para vivir una vida satisfactoria y provechosa para sí mismo(a) y los demás (De Mézerville, 2004).

Al respecto Beck agrega que *“Las personas determinan su valía según una escala que señala la diferencia entre lo que debería ser y cómo se ven a sí mismos en ese momento”* (Beck, 2003, p. 93).

Las personas con depresión presentan una gran discrepancia entre lo que deberían ser y lo que son y como consecuencia se ven a sí mismas como despreciables.

Este autor afirma que el impacto de cualquier suceso en la autoestima varía según el rasgo de la personalidad que se vea devaluado. En las personas con depresión, si el impacto del suceso negativo es fuerte, la opinión que tienen de sí mismos(as) se vuelve aún más categórica; sus autoevaluaciones aluden a ser débiles, despreciables e inútiles y su autoestima disminuye considerablemente.

Agrega que las situaciones que ocurren en el círculo social íntimo de la persona (familia y amigos) también afectan su autoestima, según el grado en el que la misma se identifique con el grupo y sus aspiraciones.

En este sentido, Beck (2003) señala que cuando la autoimagen es positiva, las personas tienden a percibirse a sí mismas como poderosas, eficientes y competentes para realizar tareas difíciles, pero en el caso de las personas deprimidas su imagen es de indefensión y debilidad.

A esto se une la imagen social proyectada, es decir, la forma como creen que les perciben los demás. Esta imagen influye sobre la reacción que la persona con depresión tenga frente a los otros: si les percibe como personas negativas utilizará estrategias para protegerse, reduciendo sus interacciones sociales o preparándose para atacar, ante lo cual los demás reaccionan con críticas, rechazo y furia (Beck, 2003).

En esta misma línea, Reinecke (1994) rescata que el modelo cognitivo se basa en el presupuesto de que hay una interacción entre la forma de pensar de los individuos y la forma como se sienten y actúan. Los esquemas de pensamiento, recuerdos, creencias, objetivos, atribuciones, expectativas e inferencias de las personas influyen en la forma de responder conductual y emocionalmente a los eventos de su entorno. Los problemas emocionales y conductuales, incluida la tendencia hacia el suicidio, se explican como producto de procesos de pensamiento y representaciones mentales distorsionadas o maladaptativas aprendidas en algún momento de la vida.

Reinecke (1994) agrega que tanto la investigación como la observación clínica sugieren un fuerte ligamen entre la depresión y la tendencia hacia el suicidio, pues se ha encontrado evidencia de que aproximadamente el 80% de personas que cometen suicidio presenta depresión al momento del intento.

Este autor concuerda con Beck (2003) en cuanto a que las personas, al presentar un alto rango de pensamientos negativos acerca de ellos mismos, el mundo y su futuro, se ven a sí mismos como “defectuosos” o “dañados” y creen que los demás los rechazan y no los apoyan. Como consecuencia, tienden a creer que no tienen los recursos necesarios para resolver sus dificultades, por lo que ven su futuro como desesperanzador.

Reinecke (1994) agrega que su afecto deprimido distorsiona su memoria, centrándose en los malos recuerdos, recordando sólo ocasiones previas de fracaso. Esto les lleva a pensar que no tienen control sobre importantes eventos de su vida, provocándoles sentimientos de invalidez y desesperanza.

Asimismo, señala este autor que rara vez se refuerzan o recompensan por sus éxitos y pueden volverse altamente auto-punitivos cuando no alcanzan sus objetivos o cumplen sus estándares. Además presentan inadecuadas atribuciones en cuanto a su responsabilidad en los eventos negativos.

Debido a esas creencias, expectativas y atribuciones, los individuos depresivos pueden volverse suicidas al creer que su sufrimiento es intolerable y que no existe esperanza para el cambio. De esta forma, visualizan el suicidio como una salida a sus problemas. Shneidman (1985, cit. por Reinecke, 1994) afirma *“El estímulo común en el suicidio es el dolor psicológico insoportable... y el propósito común es buscar una solución”*.

Reinecke (1994) señala que algunas distorsiones en la forma de pensar parecen contribuir en el riesgo de suicidio. Por ejemplo, la visión de túnel que es la inhabilidad para ver caminos alternativos de acción y el pensamiento dicotómico, que implica categorizar los eventos o experiencias en dos polos opuestos. Es una perspectiva absolutista que dificulta el visualizar matices, sutilezas o alternativas relativas; por el contrario, “o todo es bueno, o todo es malo”, “negro o blanco”.

Además, las personas suicidas presentan dificultades para la resolución de problemas y se comportan de manera impulsiva. Tienden a aislarse de los demás y sienten que sus familias no son unidas ni les apoyan (Reinecke, 1994).

El modelo cognitivo sostiene que las creencias de los sujetos están fuertemente influenciadas por sus experiencias sociales y que las actitudes disfuncionales se desarrollan en un contexto social. De esta manera, las dificultades sociales incrementan sus sentimientos de alienación y les dan nueva evidencia de que los otros les rechazan (Reinecke, 1994).

Por otra parte, este autor apunta que las investigaciones en el campo sugieren que la desesperanza es un importante mediador en el suicidio adulto. Este sentimiento se define como un conjunto de expectativas negativas acerca de sí mismo(a) y el futuro, y es un predictor de eventual suicidio entre personas diagnosticadas con desórdenes afectivos mayores, esquizofrenia, abuso de alcohol o con previos intentos de suicidio (Reinecke, 1994).

### **Factores de riesgo**

Reinecke (1994) señala que se han identificado otros factores de riesgo, sin embargo la tendencia hacia el suicidio no representa una entidad singular, sino que refleja un *continium* desde la ideación hasta el intento y el suicidio consumado.

Existen diferencias significativas entre las personas que solo tienen ideación, las que intentan suicidarse y las que completan el acto. Por esto debe considerarse que los factores de riesgo podrían ser distintos para cada uno de esos tres grupos.

Los factores de riesgo son experiencias, eventos o tendencias que hacen más probable que se complete el suicidio. Puede ser que tengan un rol causal en el desarrollo de la crisis (si son suficientes para que la persona adopte el comportamiento suicida) o pueden tener sólo un rol contributivo. Esto significa que los factores de riesgo incrementan la posibilidad de que se presente el intento de suicidio, pero no son ni necesarios ni suficientes para que el acto ocurra.

Los factores causales pueden ser próximos o distantes, pues es posible que hayan ocurrido inmediatamente antes de la crisis suicida o tiempo atrás en el pasado lejano de la persona.

Reinecke (1994) anota que se ha encontrado evidencia clara de que los eventos vitales estresantes como problemas legales o laborales, eventos sociales humillantes, la pérdida reciente de un ser querido y los cambios de residencia se asocian con un incremento en el riesgo de suicidio. Asimismo, la pérdida del padre o madre durante la niñez aumenta el riesgo de suicidarse años después.

Otras variables que se asocian con suicidio consumado son: ser mayor de 45 años de edad, de sexo masculino, blanco, separado, divorciado o viudo, que vive solo, desempleado o retirado, con problemas médicos durante los últimos seis meses, con un desorden en el estado de ánimo, alcoholismo o problema mental, ha cometido intento de suicidio con arma de fuego, precipitándose o mediante ahogamiento, intento realizado durante la temporada cálida y durante el día, niega el intento de suicidarse, dejó una nota de suicidio y tiene intentos previos.

No obstante, Reinecke (1994) afirma que aunque se reconozcan estos factores, el riesgo de suicidio para un individuo parece estar más fuertemente relacionado con factores clínicos y próximos que con características demográficas.

### **Motivación para el suicidio**

Freeman y Reinecke (1993, cit por Reinecke, 1994) describen cuatro tipos de suicidio: el desesperanzado, el psicótico, el suicidio racional y el suicidio histriónico o impulsivo.

El primero se refiere a las personas que creen que su sufrimiento es intolerable y no hay esperanza de una situación mejor. Son altamente pesimistas y ven el suicidio como una solución razonable y adaptativa para sus problemas. Aunque con frecuencia están ambivalentes con respecto a terminar con su vida,

su intenso sentido de invalidez y sus sentimientos de desesperanza e impotencia los empuja hacia el intento de suicidio.

El segundo grupo incluye a personas que experimentan alucinaciones o delirios que les demandan emitir ciertas conductas. Pero en el caso de personas con esquizofrenia, los intentos de suicidio no se llevan a cabo por esas alucinaciones mandatorias, por el contrario, se realizan en periodos de relativa lucidez. Es más bien la cronicidad y la recurrencia de los episodios psicóticos lo que pone a las personas en mayor riesgo, pues conforme van teniendo conciencia de que su condición se deteriora, pierden confianza en la efectividad de su tratamiento y desarrollan sentimientos de pesimismo.

Los suicidios racionales constituyen el tercer subgrupo. En este se ubican las personas que sufren una enfermedad terminal, quienes por lo general también padecen un desorden mental agudo, como la depresión. Al igual que los pacientes con desesperanza, están motivados por el deseo de liberarse del dolor o de su situación deteriorante.

El grupo de los histriónicos o manipulativos está motivado por un deseo de estimulación o excitación. Este grupo no es particularmente desesperanzado o pesimista, más bien buscan atención o venganza. Aunque sus intentos son impulsivos y son percibidos por los demás como formas de llamar la atención, no deben ser desestimados o minimizados.

### **Depresión y sistema familiar**

El enfoque cognitivo conductual postula que los miembros de la familia interpretan activamente y evalúan el comportamiento de cada uno, y sus respuestas emocionales y conductuales están influenciadas por esas interpretaciones (Epstein, Schlesinger y Dryden, 1988).

Epstein et al. (1988, p. 6) proponen que *“la combinación particular de emociones que cada miembro de la familia siente con respecto a cada uno de los otros miembros, está determinada por el contenido específico de sus percepciones acerca de la naturaleza y significado de las interacciones entre sí mismo(a) y la otra persona”*.

De esta manera, la forma de percibir e interpretar el comportamiento de los otros miembros de la familia, influye sobre cómo cada persona se comportará frente a los demás. Si la percepción e interpretación son negativas, la interacción estará cargada de aflicción, agotamiento, angustia o desolación, creando una reacción en cadena de interacciones disfuncionales.

En este contexto, es común para el miembro de la familia que experimenta esas dificultades percibir selectivamente los comportamientos que son consistentes con la visión negativa que tiene de los demás (Epstein et al., 1988).

De acuerdo con estos autores, en cada familia y para cada miembro de la familia, existen al menos tres fuentes de eventos externos: 1. El comportamiento de cada miembro de la familia hacia él o ella. 2. Los efectos combinados del comportamiento de varios miembros hacia él o ella (por ejemplo, la madre acepta a los amigos del joven, pero su padre no lo hace y los critica). 3. Las observaciones que la persona hace acerca de las relaciones entre los otros miembros de la familia (por ejemplo, si la joven se da cuenta de que sus dos hermanas menores pasan mucho tiempo juntas en actividades recreativas).

Asimismo, se consideran los cuatro tipos de cogniciones que ocurren cuando los miembros de la familia se relacionan entre sí: 1. Las cogniciones acerca de sí mismo(a). 2. Las cogniciones que cada uno(a) tiene acerca de sí mismo(a) en relación con cada uno de los otros miembros de la familia (por ejemplo, la adolescente percibe a su conversadora madre como abierta al diálogo y por tanto se puede acercar a ella, y a su callado padre como inalcanzable). 3. Las cogniciones que cada uno(a) tiene acerca de las relaciones entre subgrupos que hay en su familia (la joven interpreta que sus hermanas menores pasan mucho tiempo juntas porque tienen una relación especial). 4. Las cogniciones que cada quien tiene sobre sí mismo(a) en relación con los subgrupos dentro de la familia (la joven considera que sus dos hermanas la excluyen) (Epstein et al., 1988).

Con respecto a estos principios, el enfoque cognitivo conductual plantea que para el abordaje y comprensión de la dinámica familiar es necesario tomar

en consideración las creencias, atribuciones y expectativas de cada uno de los miembros del grupo. Es decir, las creencias que cada quien tiene acerca de la naturaleza de las relaciones y sobre el funcionamiento como individuo, las atribuciones acerca de las causas de los problemas familiares y las expectativas que se tienen sobre eventos futuros.

Entre las creencias se incluyen las relacionadas con los roles, distribución del poder y la autoridad entre el padre, la madre y los hijos e hijas y la calidad de la interacción familiar. Las creencias se originan en experiencias en la propia familia de origen o en relaciones pasadas, en modelos representados en películas, libros o familias que las personas admiren (Epstein et al., 1988).

Las expectativas igualmente se originan en las mismas fuentes que las creencias. Si son certeras ayudan a predecir los posibles resultados de las interacciones familiares, pero si son distorsionadas pueden producir respuestas inapropiadas. De esta forma, las personas inician relaciones con creencias y expectativas sobre lo que debe ser una familia y lo que se puede esperar de la misma. Esto con la dificultad de que las discrepancias entre lo que se cree y espera y lo que realmente sucede pueden llevar a los miembros de la familia a presentar problemas entre ellos (Epstein et al., 1988).

Las atribuciones causales son las inferencias que los miembros de la familia tienen con respecto a los determinantes de sus interacciones positivas y negativas. En las familias con dificultades, sus miembros tienden a atribuir los comportamientos negativos de los demás a rasgos permanentes de la persona, mientras que los comportamientos positivos los atribuyen a factores inestables. Esto contribuye a la generación de sentimientos negativos, aislamiento o ataque, lo que no es compatible con la resolución de conflictos (Epstein et al., 1988).

También es relevante tomar en consideración si las familias tienen habilidades para la comunicación, la asertividad, la resolución de conflictos, la negociación y la toma de decisiones.

El modelo plantea que la depresión y los deseos suicidas comúnmente resultan del interjuego de factores orgánicos y contextuales. Los síntomas podrían surgir sin causa ni evento precipitante aparente o podrían aparecer

como producto de situaciones extremas de estrés. Las interacciones aversivas crónicas entre los miembros de la familia podrían producir un fuerte sentido de indefensión y desesperanza en la persona, llevándole a la depresión y la ideación suicida como una forma de escape (Bedrosian, 1988).

Este autor sostiene que las personas con vulnerabilidad a la depresión tienden a formar familias disfuncionales, en las cuales se alberga la depresión, los miembros comparten o complementan cogniciones depresivas y las interacciones conductuales son estresantes (aversivas o con pobres habilidades para la resolución de conflictos).

### **Homosexualidad, depresión y suicidio**

De acuerdo con Lewis, Derlega, Griffin y Krowinski (2003, cit. por Iwasaki y Ristock, 2007), las mujeres y los hombres homosexuales constituyen uno de los grupos que presenta mayor estrés como consecuencia de la discriminación social y la falta de apoyo social e institucional en los ámbitos académico, religioso, familiar o en el lugar de trabajo. Adicionalmente, un alto nivel de estrés puede ser experimentado por quienes piensan que deben esconder su orientación sexual, lo cual puede reflejarse en consecuencias negativas en la salud.

Lewis, Derlega, Berndt, Morris y Rose (2001, cit. por Iwasaki y Ristock, 2007) reportan que los efectos adversos en la salud de esta población incluyen ansiedad, depresión, abuso de drogas, trastornos afectivos y comportamiento suicida.

Según afirman Iwasaki y Ristock (2007), con frecuencia se conceptualiza el estrés que sufren los homosexuales y lesbianas como “estrés de las minorías” el cual se evidencia cuando el estatus marginal o minoritario de las personas entra en conflicto con sus otros roles: de género, parental u ocupacional, resultando en un estatus inferior, prejuicio social, discriminación y estigmatización. Estos problemas incluyen la violencia contra esta población, sus propias expectativas de rechazo, el esconderse, la homofobia internalizada y los procesos de afrontamiento tendientes a aliviar el malestar.

Meyer (2003 cit. por Iwasaki y Ristock, 2007) explica que el estigma, el prejuicio y la discriminación crean un ambiente social hostil y estresante que causa problemas de salud mental.

Asimismo, una fuente importante de estrés propia de esta población, es el proceso de “salir del *closet*”, es decir, el comunicar a los demás, su orientación sexual. Sin embargo, Sanders y Kroll (2000 cit. por Iwasaki y Ristock, 2007) enfatizan en que el factor de mayor riesgo o peligro se origina en el sistema socio cultural.

Por su parte, Werner (2001) señala que los y las adolescentes homosexuales presentan hasta seis veces más posibilidades de cometer un intento de suicidio que los y las adolescentes heterosexuales.

Los varones, por lo general, cometen los intentos de suicidio cuando están tratando de revelarse como homosexuales, mientras que en el caso de las lesbianas, esto ocurre en etapas más tardías, generalmente ante rupturas amorosas.

Es común en esta población el tener dificultades para encontrar apoyo social, por la prevalencia de actitudes homofóbicas.

### **Estrategias de afrontamiento**

En el marco de esta investigación es importante referirse al concepto de estrategias de afrontamiento. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1991, cit. por Quintanilla et al., 2005), estas se conciben como los esfuerzos cognitivos y conductuales que cambian y se desarrollan para poder enfrentar las demandas internas o externas que son evaluadas por las personas como excesivas para sus propios recursos.

Se han identificado dos dimensiones de afrontamiento: el afrontamiento focalizado en la emoción y el focalizado en el problema. Este último involucra estrategias para tratar de resolver, reconceptualizar o minimizar los efectos de una situación estresante. Mientras que el focalizado en la emoción incluye estrategias que involucran la preocupación por sí mismo(a), fantasía y otras

actividades conscientes relacionadas con la regulación del afecto (Quintanilla et al., 2005).

Quintanilla et al. (2005) apuntan que a partir de los trabajos de Lazarus y colaboradores, Vitalino, Ruso, Car, Maiuro y Becker (1993) reclasifican en cinco categorías las estrategias de afrontamiento:

1. Focalización en la solución de problemas.
2. Centralización en la búsqueda de soporte social.
3. Autoculpabilización.
4. Centralización en la alteración del significado emocional (fantasía).
5. Evitación.

Estos autores indican que las dos primeras tienden, en general, a ser más adaptativas que las tres últimas, aunque tienen un valor relativo según las circunstancias. Sin embargo, se ha encontrado que las personas que han cometido tentativa de suicidio, utilizan estrategias como la autoculpabilización, la fantasía (pensamientos deseosos) y la huida, así como otras inefectivas o de pobre calidad. Mientras que las personas sin tentativa, utilizan la regulación emocional y la resolución de problemas.

Lazarus y Folkman (1991, cit. por Quintanilla et al. 2005) afirman que una estrategia dirigida a la emoción, al no cambiar la realidad aunque produzca optimismo momentáneamente, conduce a una interpretación de autodecepción o distorsión no conciente de la realidad.

### **Sistema patriarcal**

De acuerdo con Lagarde (s.f.), el patriarcado es un sistema de dominación, un orden de poder centrado en el hombre, basado en la supremacía de los hombres y la inferiorización de las mujeres. Como producto de este sistema, el mundo resultante es asimétrico, desigual, androcéntrico, misógino y homófobo.

En este sistema, la organización genérica está basada en una estructura de poderes, jerarquías y valores. Se valora a las personas en rangos de superior, mayor, inferior y menor.

Según Lagarde (s.f.), durante mucho tiempo se pensó que la asimetría entre los géneros, la desigualdad de oportunidades y el poder de un género sobre el otro eran inevitables. Sin embargo, en la actualidad se evidencia que hay problemas ocasionados por la desigualdad de poderes, por los lugares que ocupan en el mundo y por las relaciones establecidas entre ambos.

Así, Lagarde sostiene que *“La obtención de poderío, los bienes, la satisfacción de necesidades vitales y el goce de algunos, se producen, en parte, por la dominación de género ejercida sobre mujeres y hombres. Infelicidad, sufrimiento, conflictos y limitaciones en la vida cotidiana, son experiencias personales y colectivas producto del poderío de género”* (Lagarde, s.f. p. 2).

Enfatiza que incluso mujeres que ocupan posiciones jerárquicas de poder están sometidas a la opresión de género, al igual que los hombres que están en posiciones inferiorizadas y son oprimidos por otras condiciones sociales como clase, etnia, raza o grupo etario, ejercen distintas formas de dominación sobre mujeres.

Lagarde (s.f.) agrega que el índice de desarrollo humano se ve profundamente lesionado por la forma, los grados y la densidad de la dominación genérica, pues a mayor opresión de género, mayor atraso, mayor pobreza y peores condiciones de vida. Además, el acceso al bienestar está diferencialmente definido por género, pues se reproduce la concentración masculina de los recursos, bienes, riquezas, poderes económicos, sociales y culturales, al privar y excluir previamente a las mujeres (Lagarde, s.f. p. 3).

Sin embargo, en el pensamiento popular, de acuerdo con esta autora, *“no es evidente que existe una relación entre la persona, su condición de género, sus relaciones familiares, su trabajo, su condición ciudadana, el sentido de su vida y el contenido de género de las instituciones religiosas, culturales y políticas de la sociedad”* (Lagarde, s.f., p. 5).

En este sentido, afirma, las creencias patriarcales siembran en las personas el supuesto de que el ser hombre o mujer, sus derechos y deberes y sus formas de relación son hechos espontáneos y naturales, sin ver su relación con el orden social, económico o político (Lagarde, s.f. p. 6).

Además, pese a los recientes logros en materia de derechos civiles y políticos para las mujeres, su mayor escolarización, acceso a poderes públicos y mayor riqueza, aumentan el trabajo, disminuyen las remuneraciones y crece su empobrecimiento y explotación, degradándose las condiciones de vida de la mayoría de ellas. Es decir, en la actualidad las mujeres requieren hacer más para obtener menos de los bienes materiales y simbólicos del mundo y tienen menor poder político, al tiempo que los hombres aportan menos en sus relaciones con las mujeres, pero obtienen de ellas más beneficios (Lagarde, s.f., p. 7).

De acuerdo con esta autora, la organización genérica es una construcción social basada en el cuerpo, en las diferencias sexuales, reconociendo dos cuerpos diferenciados: el femenino y el masculino, sobre los que se construyen dos modos de vida distintos.

En este sentido, Lagarde (s.f., pp. 14-15, citando a Aisenson, 1981 y Foucault, 1980) señala: *“En esos cuerpos sexuados se construyen habilidades físicas y subjetivas, destrezas, maneras de hacer las cosas, deseos, deberes y prohibiciones, maneras de pensar, de sentir y diversas maneras de ser, asociadas a posiciones políticas”*.

Con lo anterior afirma que *“el cuerpo es el máspreciado objeto de poder en el orden de género”* (Lagarde, s.f., p.15).

La autora recalca la necesidad creada socialmente de disciplinar los cuerpos para cumplir con los fines sociales, pues de no hacerlo, las personas se enfrentarán a distintos conflictos. Asimismo, agrega que estos deberes sociales no son reconocidos como tales por los sujetos que deben cumplirlos, sino que más bien los consideran naturales, irrenunciables e imposibles de modificar.

En ese contexto, la sexualidad de las mujeres es causante de su condición social, sus carencias, posición social, limitaciones y desigual relación con los hombres. Las mujeres son solo sexualidad y su sexualidad es natural, ubicada fuera de la historia (Lagarde, s.f., p. 17).

Los hombres, por el contrario, trascienden la sexualidad y se erigen como sujetos de la historia. Su sexualidad los ubica en posición de poder y les

posibilita la obtención de bienes, entre esos, las mujeres. Esto a su vez provoca la expropiación del cuerpo femenino y se produce en las mujeres la necesidad de “ser para los otros” (Lagarde, s.f., p.18).

De esa manera, las normas sociales tienen el poder de controlar la sexualidad femenina, con lo cual las mujeres no tienen control sobre sus cuerpos y sus vidas. Si no cumplen con los deberes asignados a su condición femenina, las consecuencias son la exclusión, el rechazo, la desvalorización y el castigo (Lagarde, s.f., p. 20).

En el caso de los hombres, por el contrario, se espera que no sean iguales a las mujeres, sino que sean libres, dueños del mundo, de los bienes reales y simbólicos, que sean poderosos (Lagarde, s.f., p. 20). Su poder genérico les permite transformar el mundo, poseer bienes, realizar acciones y buscar su propia gratificación.

Sin embargo, esta autora señala que el patriarcado tiene una parte enajenante para los hombres, ya que como la masculinidad está constituida por el dominio, la misma implica necesariamente la opresión de otros y otras, próximos o ajenos y esto incluye daño, expropiación y sufrimiento de las mujeres y demás hombres con quienes se relacionan.

Agrega también que la explotación económica de las mujeres es la base para que sean explotadas erótica, afectiva, intelectual y culturalmente (Lagarde, s.f., p. 23). Esto significa que todas las personas se benefician de su trabajo y sus actividades, porque contribuyen al desarrollo económico, social, cultural y al propio sistema de poder, a la vez que transmiten la cultura y vigilan por el cumplimiento de las normas sociales, incluso a costa suya.

Lagarde (s.f., p. 33) afirma que de los hombres se espera que dirijan los destinos en la pareja, la familia, las organizaciones e instituciones educativas, sociales, religiosas y científicas.

En el caso de las personas homosexuales, estas enfrentan múltiples formas de discriminación, hostigamiento, intolerancia, agresión y coerción social por transgredir la norma (Lagarde, s.f., p. 40).

## **Identidad masculina y femenina**

Para Kaufman (1999) la violencia de los hombres puede responderse en siete P's: el poder patriarcal, la percepción de derecho a los privilegios, el permiso, la paradoja del poder de los hombres, la armadura psíquica de la masculinidad, la masculinidad como una olla psíquica de presión y las pasadas experiencias.

Kaufman (1999) indica que los actos individuales de violencia de los hombres ocurren dentro de lo que él denomina "*Triada de la Violencia de los Hombres*": contra las mujeres, contra otros hombres y contra sí mismos. Esto significa que en las sociedades dominadas por los hombres hay una jerarquía de los hombres sobre las mujeres, así como de algunos hombres sobre otros. La violencia, o la amenaza de violencia entre los hombres es un mecanismo para establecer ese orden jerárquico y, como resultado, los hombres interiorizan la violencia.

Como consecuencia de lo anterior, niños y hombres aprenden a utilizar selectivamente la violencia y a transformar una gama de emociones en ira, la cual en ocasiones se torna en violencia hacia sí mismos. Por ejemplo, a través del uso de drogas u otras conductas autodestructoras (Kaufman, 1999).

De acuerdo con Kaufman (1999), la organización y las demandas de las sociedades patriarcales contribuyen en la nutrición de la triada de la violencia. El arraigo de la violencia ha sido producto de su naturalización como una norma dentro de las relaciones humanas y esto ha sido posible por su articulación en las ideologías y estructuras sociales. Es decir, los grupos humanos crean formas autoperpetuadoras de organización social e ideologías que explican, dan significado, justifican y alimentan estas realidades creadas (Kaufman, 1999).

Asimismo, este autor señala que la violencia también ha representado enormes beneficios a grupos particulares, pues ha ayudado a dar a los hombres como grupo una amplia gama de privilegios y formas de poder. Sin embargo, cree que la experiencia individual de un hombre que ejerce violencia puede no girar en torno a su deseo de mantener el poder, sino que podría ser la consecuencia lógica de su percepción de que tiene derecho a ciertos privilegios.

Por otra parte, Kaufman (1999) enfatiza que indistintamente de las causas sociales y psicológicas de la violencia de los hombres, esta no prevalecería si no existiera en las costumbres sociales, en los códigos legales o las creencias religiosas, un permiso explícito o tácito para ejercerla.

En lo que respecta a las paradojas del poder, este autor agrega que existen experiencias contradictorias del poder entre los hombres, pues las formas en que han construido su poder social e individual son a la vez fuentes de temor, aislamiento y dolor. El mundo del poder y los privilegios los aparta del mundo de la crianza de los hijos e hijas y de la expresión emocional.

Los imperativos de la hombría requieren de trabajo constante, pero las expectativas interiorizadas de la masculinidad son imposibles de satisfacer. De esta manera, las inseguridades personales por la incapacidad de pasar la prueba de la hombría llevan a muchos hombres al temor, la ira, el autocastigo, el autorepudio y la agresión.

La violencia se convierte en la forma de restablecer el equilibrio masculino, de afirmarse en su hombría a sí mismos y a los otros y se ejerce en especial contra un blanco físicamente más débil o vulnerable: un niño o niña, una mujer, grupos sociales como los homosexuales y minorías religiosas. De esta forma, la violencia, como mecanismo compensatorio, ha sido históricamente aceptada como un medio para solucionar diferencias y afirmar el poder y el control (Kaufman, 1999).

De igual manera, la violencia de los hombres es también resultado de una estructura de carácter basada en la distancia emocional con respecto a los demás. Las estructuras psíquicas de la masculinidad son creadas desde edades muy tempranas, con un rechazo hacia la madre y la feminidad y por consiguiente a las cualidades asociadas con los cuidados y el sustento emocional. El resultado es una fuerte armadura que causa una habilidad disminuida para la empatía y para entender las necesidades y los sentimientos de los demás como relacionados con los suyos propios. Esto que hace posible la manifestación de los actos de violencia, en parte por su poca capacidad para leer y comprender los sentimientos de otras personas (Kaufman, 1999, p. 4).

En lo que respecta a la sexta “p”, la olla psíquica de presión, Kaufman (1999, p. 5) rescata que muchas emociones naturales han sido descartadas como fuera de límites e inválidas para los hombres, lo que les lleva a reprimir sentimientos de temor y dolor. El resultado de esto es que una gama de emociones se canaliza a través de la ira; así, no son inusuales las conductas violentas ante el temor, el sufrimiento, la inseguridad, el dolor, el rechazo y el menosprecio.

De acuerdo con el autor, lo anterior es aún más cierto cuando el sentimiento producido es el de no tener control, pues se exacerbaban las inseguridades, y si la masculinidad es cuestión de poder y control, no ser poderoso significa no ser hombre. De esta manera, *“la violencia se convierte en el medio para probar lo contrario ante sí mismo y ante otros”* (Kaufman, 1999, p. 5).

En lo referente a las pasadas experiencias, Kaufman (1999) puntualiza que algunos hombres han crecido presenciando o sufriendo actos de violencia en sus hogares, ante lo que pueden reaccionar reproduciendo esos patrones o, por el contrario, más bien repudiando la violencia.

Por otra parte, Salas (2005) enfatiza también que los conceptos de masculinidad y feminidad son construcciones sociales e históricas, donde las determinaciones responden a lo que en ese momento se considera indicado para los hombres o las mujeres. En este sentido, recalca que el proceso de socialización es el elemento más importante en la conformación de los comportamientos de mujeres y hombres.

Al respecto, el autor afirma que los varones reciben mensajes que los ubican en determinadas posiciones sociales, los que requieren ser interiorizados, creídos y reproducidos por cada sujeto, para que luego asuman los comportamientos propios del ser competitivos, agresivos y poderosos. Así, lo masculino se vuelve el punto de referencia para medir lo que es aceptable socialmente, mientras que, por el contrario, las mujeres reciben el mensaje opuesto: deben ser complemento de los varones en una posición de rechazo, desautorización e infravaloración (Salas, 2005, p. 64).

Naifeh y White (1991, cit. por Salas, 2005) afirman que la masculinidad es un ritual permanente, no limitada solo a rituales de pasaje o iniciación: es una condición y un proceso. Esto implica que las características sexuales masculinas no son suficiente garantía de masculinidad y la misma tendrá que probarse constantemente siendo competitivo, fuerte, osado, valiente, el que toma las decisiones, seguro y bueno en el sexo y exitoso. Sin embargo, no todos los hombres pueden asumir esas características de manera competente (Salas, 2005).

Por lo anterior, para preservar su masculinidad, recurren a las mentiras, en particular en lo referente a sus hazañas o conquistas sexuales, pues se les exige que aparezcan como experimentados y conocedores en materia de sexualidad. Parte de esta mentira inculca que los hombres pueden o deben vincularse sexualmente sin que medien lazos afectivos (Salas, 2005, p. 71).

Salas (2005) agrega que cuando los hombres requieren mentir para mantener intacta su sexualidad y con ello su masculinidad, lo hacen también para protegerse de la homofobia, para no ser catalogados como “maricones”, “mujercitas” u homosexuales.

En este sentido, Salas (2005, p. 73) puntualiza que la homofobia se entiende no solo como el miedo y rechazo a ser ubicado como homosexual, sino también a ser parecido a las mujeres, pues lo femenino se rechaza y asume como secundario, subvalorado y que debe evitarse.

*“La masculinidad es un ritual permanente que protege de inseguridades y malos entendidos, asumido por varones y mujeres”* (Salas, 2005, p. 79).

La masculinidad, de acuerdo con Rivera Medina (1991, cit. por Salas, 2005), no sólo le ha acarreado al hombre privilegios y beneficios, sino también penurias y altos costos, pues al estereotiparse la masculinidad conlleva que el hombre sólo puede serlo actuando de cierta manera y no de otra.

Como una consecuencia, cuando hay situaciones de crisis que presentan problemáticas en sus condiciones de vida, es frecuente la atención de hombres con síntomas depresivos, aumento en el consumo de alcohol o drogas, ideas o intentos de suicidio y mayor consumación de actos violentos en sus familias.

Esto por cuanto los hombres no pueden manejar la pérdida de la posición tradicional en que se ubican (Salas, 2005).

Se mantiene la idea de que en los hombres no hay expresión de afectos, pero Salas (2005) recalca que el problema no es el poder sentir o expresar sentimientos, sino más bien que por lo general los hombres son impulsados a expresar con mayor facilidad algunos contenidos afectivos, mientras deben inhibir los otros.

De esta manera, el enojo y otros sentimientos asociados se expresan con facilidad, mientras que los otros se inhiben porque su expresión podría poner en duda su masculinidad. En este sentido, Salas (2005) concuerda con Kaufman en cuanto a la capacidad de los varones para transformar casi cualquier sentimiento en enojo, a lo que agrega que también pueden pasar del enojo a la ira y de esta a la acción violenta.

Salas (2005) puntualiza que las mujeres se quejan de que los hombres son poco expresivos: no hablan, no comunican lo que sienten o piensan, pero esperan ser entendidos en esas condiciones. Esto lo considera difícil de resolver cuando desde niños se les ha inculcado el rechazo a la expresión afectiva y se les ha fomentado la manifestación de conductas violentas.

Moller-Limkuhler (2003) considera que los cambios en los roles genéricos son factores que contribuyen a las conductas suicidas, incluso más que los factores de riesgo clásicos, como las desventajas sociales, la inequidad y el desempleo.

Agrega que la masculinidad tradicional es un importante factor de riesgo en la vulnerabilidad de los varones, pues promueve estrategias de afrontamiento maladaptativas como la falta de expresión emocional, la negación para buscar ayuda o el abuso del alcohol.

Esta autora considera que los cambios en los roles genéricos son factores que contribuyen a las conductas suicidas, incluso más que los factores de riesgo clásicos como las desventajas sociales, la inequidad y el desempleo.

Para Moller-Limkuhler (2003), género se refiere a los roles socialmente construidos para los hombres y las mujeres, los cuales implican normas y

expectativas para ambos sexos, reproducidas a través de la socialización y las instituciones sociales. Funcionan como un guión para las personas y tienen significancia en la autodefinición, autoevaluación y autoregulación.

Agrega que los roles genéricos tradicionales han experimentado cambios, pero siguen teniendo influencia en el comportamiento de hombres y mujeres.

El rol tradicional masculino, tal como se refuerza socialmente, se caracteriza por atributos como lucha por poder y dominio, agresividad, coraje, independencia, eficiencia, racionalidad, competitividad, éxito, actividad, control e invulnerabilidad. En las culturas occidentales el rol masculino implica el no percibir o admitir ansiedad, problemas y cargas que podrían desarrollarse bajo condiciones de peligro y amenazas. Tradicionalmente, el enojo, la agresividad y la hostilidad son socialmente aceptadas como la forma de expresión masculina.

La fijación en el logro y el éxito pueden garantizarles a los hombres gratificación social, pero al mismo tiempo son una fuente de presión para cumplir con las expectativas y fuente de temor al fracaso. Ante esto, en particular los varones adolescentes, responden con comportamientos de riesgo, agresión y violencia. Mientras que el umbral para expresar dolor y sensibilidad emocional, especialmente las emociones relacionadas con debilidad, incertidumbre, desesperanza y tristeza, es elevado, resultando en restricción emocional (Moller-Limkuhler, 2003).

De esta manera, mientras que la identidad femenina se define en un contexto de relaciones sociales y comunicación, la identidad masculina se constituye por la competitividad y el aislamiento emocional teniendo, por lo general, solo una relación de confianza con el sexo opuesto. En sus relaciones sociales interactúan en torno a factores externos como los deportes, la política y los pasatiempos. Los sentimientos no son considerados un asunto de discusión, en especial, consideran que revelar depresión o desesperanza podría darles ventaja a los otros.

Esta autora sostiene que el estereotipo de la masculinidad no permite la búsqueda de ayuda, aunque se necesite y esté disponible, pues el solo hecho de percibir que se requiere ayuda es ofensivo, según las expectativas del rol y

admitirlo sería una doble ofensa. Así, la búsqueda de atención implica pérdida de estatus, control y autonomía, incompetencia, dependencia y daño a la identidad.

Asimismo, Moller-Limkuhler (2003) señala que los síntomas depresivos son inconsistentes con el estereotipo masculino, pues se les cree síntomas típicos de las mujeres, de los cuales los hombres no deberían padecer. Probablemente esta es la mayor motivación para esconder su depresión. Así, recurren a la agresividad, los ataques de ira, el poco control de impulsos y el abuso del alcohol, en lo que se conoce como “síndrome de depresión masculina”.

Agrega que se ha encontrado una correlación importante entre la dependencia al alcohol y la depresión en los hombres, a la vez que la depresión puede ser una consecuencia del abuso de alcohol. Igualmente, el abuso de sustancias es más prevalente en adolescentes masculinos que tienen propensión a la impulsividad, asociada con desorden antisocial y suicidio.

Por otra parte, Moller-Limkuhler (2003) afirma que los varones que optan por comportarse según la masculinidad tradicional no pueden tolerar la pérdida de dominio y control. De esta manera, el suicidio es una última respuesta de autocontrol dirigida a cambiar la situación. Los hombres entonces escogen métodos más definitivos para suicidarse, como las armas de fuego o el ahorcamiento, porque culturalmente se percibe muy negativamente a los hombres que sobreviven al intento de suicidio. En este mismo sentido, afirma que la muerte por suicidio en varones es evaluada de forma menos negativa que la de las mujeres, en particular si el suicidio se debió a fracaso en los deportes y no a fracasos en las relaciones de pareja.

Aunque algunos roles estén cambiando, el de proveedor se mantiene para los varones, en quienes se presenta más presión para ganar dinero. Lo cual, en unión con el desempleo, la incertidumbre acerca del empleo futuro, empleos temporales o inseguros pueden tener un impacto importante sobre la salud de los hombres, más que sobre la de las mujeres, en quienes culturalmente es más aceptado el desempleo.

En este sentido, los cambios significativos en los roles sociales y en la realidad de las mujeres, les ha llevado a la deconstrucción de la masculinidad tradicional, la cual no ha sido sustituida aún por nuevos modelos en los roles masculinos que muestren cómo ser un "verdadero hombre" (Moller-Limkuhler, 2003).

En lo que respecta a la identidad, Fuller (1997, cit. por Salas, 2005, p. 94) indica que la identidad es el conjunto de representaciones por medio del cual el sujeto sabe que es él mismo, integrando lo personal y lo colectivo, construyéndola desde los discursos y las representaciones del sujeto inmerso en su contexto sociocultural.

Por su parte, Lagarde (1997, p.14) señala que la identidad es la experiencia del sujeto en torno a su ser y su existir. Es heterogénea porque contiene elementos descriptivos, interpretativos, sin elaborar y puede ligarse a la realidad inmediata. Afirma que la identidad ocurre en la conciencia, pero también en lo inconsciente, incluyendo representaciones, afectos y pensamientos sobre el yo y los otros.

La identidad se conforma por las significaciones culturales aprendidas y las creaciones realizadas por el sujeto, pero influenciadas por las primeras. Así, hay sujetos a quienes se descalifica su identidad, al comparárseles con identidades y sujetos paradigmáticos, como es el caso de las mujeres en los mundos patriarcales (Lagarde, 1997, p. 18).

Lagarde (1997) agrega que la identidad de las mujeres es desvalorizada o negativizada y como sujetos son jerarquizadas con discriminación:

*"En las sociedades organizadas genéricamente todas las personas tienen identidad de género, aunque sea enajenada, como sucede en los mundos patriarcales. Cada quien es, siente y sabe, que es mujer o que es hombre y, más allá de su voluntad y aún de su conciencia, su modo de vida está genéricamente determinado y todos los hechos de su existencia tienen la impronta de género"* (Lagarde, 1997, p. 29).

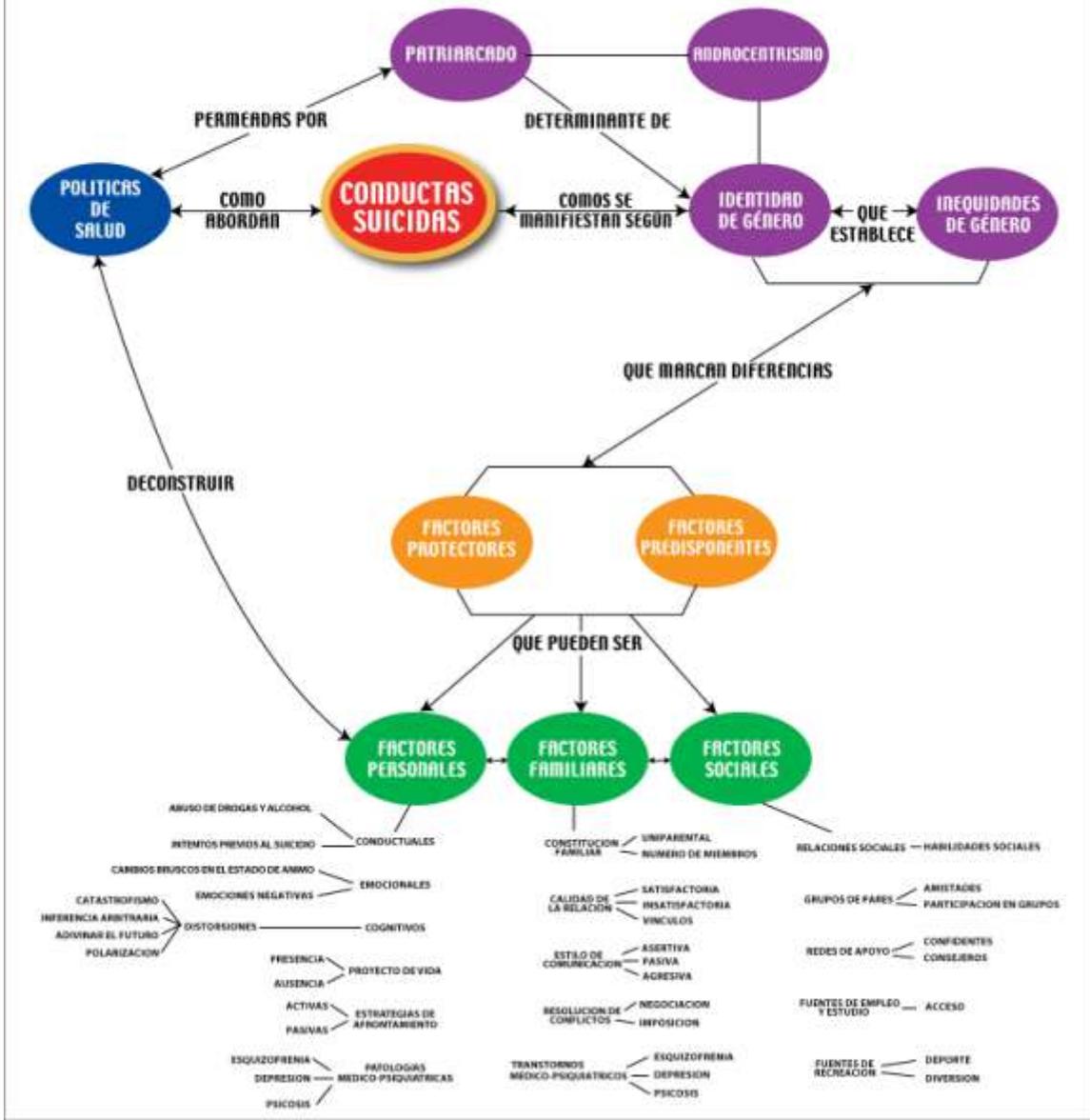
En este sentido, continúa la autora, la sociedad ordena y clasifica a los sujetos a través de su género, asignándoles atributos y modos de vida

particulares. También un recorrido previsible en la vida y la prohibición de todo lo que no le sea propio, así como la obligación de cumplir con lo asignado en cada etapa de su vida, según el género.

De esta manera, Lagarde (1997) sintetiza que la identidad asignada al nacer es producto de la posición intelectual, afectiva e identitaria de la madre y del padre, mediadas también por instituciones como la escuela, la iglesia, los medios de comunicación y otras instituciones estatales y sociales.

Las personas aprenden e internalizan la identidad asignada, tratando de pensar, actuar, sentir, y creer de acuerdo con lo que los otros esperan, aunque en ocasiones se le exijan hechos incompatibles de identidad (Lagarde, 1997).

Cuando las mujeres no pueden cumplir con todo lo que se demanda de ellas, enfrentan importantes conflictos, sufrimiento y enajenación. En este sentido, Friedan, Bleichman, y Burin (cit. por Lagarde, 1997, p. 46) afirman que la mayoría de las mujeres tiene problemas de identidad, crisis de inadecuación que se expresan en depresión, desaliento y cansancio por cumplir el deber ser.



## Capítulo III

### Marco Metodológico

#### Tipo de investigación

Esta investigación se desarrolla desde un paradigma naturalista, por cuanto este se centra en el estudio de los significados de las acciones humanas y la vida social para comprender e interpretar la realidad, los significados de las personas, sus percepciones, interacciones y acciones (Barrantes, 2006, p.61).

En este sentido, se busca la comprensión de las circunstancias que llevan a algunos hombres y mujeres a considerar el suicidio como una opción válida para solucionar los problemas que les aquejan. Este estudio permite la exploración y el análisis de los significados que los y las jóvenes participantes de la investigación le dan a los distintos factores personales, familiares o sociales que se han presentado en sus vidas como precipitantes o por el contrario, como protectores de esas conductas disfuncionales.

Asimismo, por la naturaleza del tema en estudio, se reconoce que la relación de la investigadora con los y las participantes no es independiente ni neutral, sino más bien debe ser una relación comprometida, con disposición para visualizarles y comprenderles como seres humanos y no como objetos de estudio. Esto se alcanza desde un paradigma naturalista, que entiende que los valores de los y las involucradas en el estudio influyen en el proceso de investigación. Para entender las conductas suicidas se debe ver la realidad de los sujetos de forma holística y construida por ellos y ellas, y que en esa realidad se da la interacción de una serie de factores que deben ser tomados en consideración (Barrantes, 2006).

## **Fines de la investigación**

De acuerdo con Barrantes (2006), las investigaciones pueden ser clasificadas según finalidad, alcance temporal, profundidad y carácter de la medida, entre otros.

Según sus fines, esta es una investigación aplicada que tiene como objetivo la búsqueda de soluciones a las conductas suicidas, problemática que se presenta en algunos de los y las jóvenes que solicitan el servicio de atención psicológica.

De acuerdo con su alcance temporal, se trata de un estudio transversal, ya que estudia aspectos de los y las estudiantes solo en un momento dado.

En referencia a su profundidad, este estudio es descriptivo porque describe las diferentes conductas suicidas en la población analizada. Al mismo tiempo es correlacional, pues busca medir la relación que existe entre los factores estudiados. Por ejemplo, entre la pérdida de una relación amorosa y los deseos de morir o entre la presencia de adicciones en el núcleo familiar y la visualización del suicidio como una salida. A la vez es explicativo, ya que pretende explicar los fenómenos y sus relaciones para conocer su estructura y su dinámica (Barrantes, 2006, p. 64). Lo anterior permite una comprensión integral de las circunstancias experimentadas por los y las jóvenes que han presentado cualquier conducta suicida.

Con respecto al marco en que tiene lugar, es un estudio de campo o sobre el terreno, pues se realiza en una situación natural. Esto permite generalizar los resultados a situaciones afines, con mayor libertad que los estudios de laboratorio (Barrantes, 2006, p. 65).

Por otra parte, de acuerdo con la concepción del fenómeno, se trata de un estudio ideográfico que enfatiza en lo particular e individual. Esto significa que no tiene interés en llegar a la formulación de leyes generales, ni ampliar el conocimiento teórico, sino que pretende comprender la situación particular de los y las estudiantes participantes en la investigación.

En cuanto a la dimensión temporal, se trata de una investigación descriptiva que estudia el tema, así como aparece en el presente, según la

experiencia actual de los y las jóvenes, y según su interpretación de los acontecimientos que han vivido.

Finalmente, en lo que respecta a la orientación que asume, esta se dirige hacia el descubrimiento, creando conocimiento de manera inductiva. Es decir, a partir de los aportes de los y las participantes, se descubre cuáles de los factores estudiados son predisponentes y cuáles protegen de las conductas suicidas y las diferencias entre los hombres y mujeres de esta población particular, en lo referente a esos factores.

### **Enfoque**

Para alcanzar los objetivos de esta investigación, se trabaja desde un enfoque mixto o multimodal, el cual conlleva un proceso de recolección, análisis y vinculación de datos cuantitativos y cualitativos en el mismo estudio. Este enfoque se basa en la triangulación de métodos e implica, desde el planteamiento del problema, mezclar la lógica inductiva y la deductiva (Hernández et al., 2006).

La elección de este enfoque obedece a que tiene la ventaja de que permite una perspectiva más precisa del fenómeno, integral, completa y holística (Hernández et al., 2006). Esto por cuanto las conductas suicidas, entendidas como manifestaciones de violencia contra uno o una misma, requieren de un enfoque que pueda captar el problema en su carácter holístico y sistémico, pues se trata de un fenómeno con origen multicausal. En este sentido, Creswell (2005, cit. por Hernández et al., 2006) señala que los diseños mixtos obtienen mayor variedad de perspectivas del problema, por ejemplo, frecuencia, amplitud, magnitud, profundidad, complejidad, generalización y comprensión.

Asimismo, utilizar este enfoque permite que se pueda llevar a cabo el abordaje de toda la población atendida en el programa, que presenta idea, plan o acto suicida. Se utiliza una técnica cuantitativa para lograr la medición más precisa y general de los factores intervinientes en la problemática, así como la discriminación de aquellos que actúan como protectores o como predisponentes en el caso de los hombres y de las mujeres. Esto hace posible que se pueda

contar con datos más generalizables, pues los resultados responden a la perspectiva de toda la población de estudiantes que fue atendida en el 2007 y que presentó conductas suicidas. Pero, a la vez, se mantiene la cercanía con los y las participantes, pues también se utilizan técnicas que facilitan escuchar sus vivencias y perspectiva.

Igualmente, los diseños mixtos se fundamentan en el concepto de triangulación (Hernández et al., 2006, p. 789). En este caso la triangulación se refiere a la confrontación de datos de distinta naturaleza: cuantitativos y cualitativos. *“La triangulación proporciona una visión holística, múltiple y sumamente enriquecedora”* y ofrece algunas ventajas como:

*“Mayor confianza y validez de los resultados.*

*Mayor creatividad en el abordaje del estudio.*

*Más flexibilidad interpretativa.*

*Productividad en la recolección y el análisis de los datos*

*Mayor sensibilidad a los grados de variación no perceptibles con un solo método.*

*Cercanía del investigador al objeto de estudio”.* (Hernández et al. 2006, p. 791).

### **Sujetos de investigación**

Para los fines de esta investigación, de los 146 pacientes que fueron atendidos en el Programa de Atención Psicológica durante el año 2007, se tomó, para la primera parte del estudio la muestra no probabilística de 59 estudiantes que presentaron ideación, plan o gesto suicida, de los cuales 43 eran mujeres y 16 eran hombres. Para el año 2008, de esos 59, permanecían en la Universidad 41 jóvenes, 28 mujeres y 13 hombres.

Luego de establecer los contactos necesarios, 31 personas asistieron a completar el cuestionario (20 mujeres y 11 hombres). A las 10 restantes que no asistieron a sus citas, se les llamó o buscó nuevamente para reprogramar la reunión, pero aunque este proceso se efectuó varias veces, finalmente no se presentaron.

En una segunda etapa, se profundizó con dos mujeres y dos hombres, seleccionados al azar entre esos 31.

Esto se justifica porque la investigación pretende un conocimiento amplio de las problemáticas que aquejan a los y las estudiantes, en especial para tener un reconocimiento de los factores que les pueden llevar a considerar el suicidio como una opción para solucionar dificultades. Esa amplitud se obtiene si se consideran todas las personas que fueron atendidas y presentaron la problemática.

Sin embargo, no se quiere perder de vista la importancia de tener un contacto cercano con los y las participantes con el fin de escuchar sus apreciaciones acerca del problema. Por lo cual, se recurre a una técnica cualitativa para un abordaje más profundo, con dos participantes hombres y dos mujeres, número que se delimitó para facilitar la recolección, procesamiento y análisis de los datos.

Los y las participantes son estudiantes regulares matriculados en la Universidad Nacional que asisten al Campus Benjamín Nuñez o al Campus Omar Dengo en Heredia, sin que constituya una limitación el número de cursos matriculados o si solo están realizando su trabajo final de graduación.

### **Categorías de análisis**

Las categorías de análisis son: género, conducta suicida, factores personales, factores familiares, factores sociales, factores protectores y factores predisponentes.

### **Descriptores**

Por género se entiende el conjunto de características, actitudes y habilidades que socialmente se adjudican a los hombres y mujeres en virtud de su sexo.

La conducta suicida es todo acto, cognitivo o conductual que busca la autoeliminación. Incluye la ideación suicida, es decir, pensamientos relacionados con la muerte como una solución a los problemas, el deseo de morir para no

causar más problemas, la noción de que la vida no vale la pena vivirla. En un segundo nivel, incluye el plan suicida, que contempla la planificación de acciones específicas para terminar con la vida. Finalmente, el gesto o acto suicida se refiere a la ejecución de acciones para la autoeliminación, como el ingerir sustancias venenosas, cortarse con el fin de desangrarse o el uso de armas de fuego contra uno o una misma.

Los factores personales son aquellos elementos propios del sujeto que se convierten en aspectos positivos o disfuncionales, los cuales permiten u obstaculizan el alcance de sus metas de vida. Incluyen abuso de alcohol y drogas, distorsiones cognitivas, práctica de actividades recreativas y deportivas, proyecto de vida, estrategias de afrontamiento ante los problemas, habilidades sociales, valores espirituales y trastornos médico-psiquiátricos.

Los factores familiares se refieren a los elementos propios de la dinámica familiar que inciden sobre el bienestar o perjuicio de sus miembros. Aquí se incluyen las habilidades comunicacionales y de resolución de conflictos, el tipo de vínculos entre los miembros de la familia, las problemáticas que aquejan al grupo familiar (violencia, drogas, dificultades económicas) y trastornos médico-psiquiátricos.

Los factores sociales hacen referencia a los elementos del entorno, los institucionales, las relaciones con los y las otras y se dividen en áreas como: relaciones sociales con grupos de pares, redes de apoyo y acceso a fuentes de educación, empleo y salud.

Por factores predisponentes o precipitantes se entienden aquellos que actúan como un aliciente para la conducta disfuncional, es decir, que la disparan en los momentos de crisis. Son los factores de riesgo.

Finalmente, los factores protectores son los que protegen e impiden que las personas opten por conductas disfuncionales.

### **Instrumentalización**

En la fase inicial, la investigación utiliza un cuestionario como instrumento de recolección de la información de los 31 participantes seleccionados.

Se selecciona este instrumento porque con el mismo se puede alcanzar un mayor número de participantes y se puede guardar el anonimato. Al ser autoadministrado, se puede eliminar la presencia del entrevistador (que en ocasiones limita las respuestas), y puede ser contestado por varios(as) participantes al mismo tiempo, si se cuenta con el espacio adecuado (Barrantes, 2006).

En un segundo momento, se utiliza la entrevista semiestructurada aplicada a dos hombres y dos mujeres seleccionados entre los 31 participantes.

La elección de esta técnica obedece a que la misma se basa en una guía de preguntas, pero la investigadora tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para obtener mayor información (Hernández et al., 2006). Esta posibilidad es de gran importancia, porque en un tema como el que se investiga es necesario poder profundizar en los aspectos que aparecen durante la reunión, pero al mismo tiempo se requiere de la estructuración que da la guía de preguntas, producto de los resultados arrojados por los cuestionarios.

Asimismo, el uso de estas dos técnicas facilita la triangulación, tal como se rescató anteriormente.

## **Cuestionario**

### **Diseño**

El cuestionario fue construido por áreas de interés:

1. Datos sociodemográficos: sexo, edad, lugar de procedencia, lugar de residencia, estado civil, número de hijos, carrera que estudia, nivel que cursa y algunas preguntas que servían para indicar clase social a la que pertenecen.
2. Factores personales que pueden relacionarse con las conductas suicidas o prevenirlas: cogniciones y distorsiones cognitivas, valores y prácticas espirituales, conductas funcionales como las prácticas deportivas o recreativas o disfuncionales como el consumo de drogas, presencia o ausencia de depresión, presencia o ausencia de proyecto de vida, estrategias de afrontamiento de los problemas y trastornos médico-psiquiátricos.

3. Factores familiares: dinámicas relacionales, estilos de comunicación y resolución de conflictos, presencia o ausencia de conductas violentas, roles dentro de la familia y presencia o ausencia de trastornos médico-psiquiátricos.

4. Factores sociales: relaciones interpersonales, relaciones de pareja, redes de apoyo, características del entorno, acceso a fuentes de salud, empleo, y educación.

5. Factores propios de la conducta suicida: características de los intentos, métodos utilizados, frecuencia, tratamientos previos.

Para diseñar el cuestionario y escoger las preguntas, se recurrió a investigaciones previas sobre el tema, como guías para el diseño, considerando siempre la perspectiva de género para no obviar las necesidades específicas de las mujeres y de los hombres.

De esta manera, las preguntas 1 a 17c, indagan la situación socio-económica.

Los ítemes que evalúan los factores personales referentes a cogniciones, incluidas las creencias, expectativas y distorsiones cognitivas son los incluidos en las preguntas 50, 51, 54 a 57, 59, 60, 64, 66 a 68, 70 a 74, 76, 78, 82, 85 a 87, 89 y 159 a 161.

Los emocionales son incluidos en las preguntas relacionadas con trastornos médico-psiquiátricos, por cuanto se evalúan primordialmente las emociones presentes en la depresión.

Los factores conductuales incluyen la práctica de actividades recreativas y deportivas (18 a 20), el abuso de drogas o alcohol (ítemes 48 y 49), las estrategias de afrontamiento ante los problemas (51b, 58, 61 a 63, 69, 73, 88, 91, 93, 98) y las habilidades sociales (83, 95, 98, 101, 102).

El proyecto de vida se examina en las preguntas 65 y 84.

Las dificultades médico psiquiátricas incluyen los intentos previos de suicidio, la actitud actual hacia las conductas suicidas (ítemes 144 a 151 y 153 a 156) y los diagnósticos o tratamientos previos, que se evaluaron con los ítemes 41 a 47, 75, 77 y 79 a 81.

Los factores familiares incluyen la constitución familiar, la calidad de la relación, incluidos los vínculos, el estilo de comunicación (pasiva, agresiva o asertiva) y la resolución de conflictos (mediante la negociación o la imposición). Estos aspectos fueron evaluados con las preguntas 32 a 40, 111 a 143, 152, 157 y 158. Los trastornos médico psiquiátricos con los ítemes 133 a 135.

El estudio de los factores sociales incluye las características del ambiente social como protectoras o desencadenantes (97, 103 a 110), los grupos de pares, como las amistades, su participación en grupos y las redes de apoyo (21 a 40, 94, 99, 100, 157, 158). El acceso a fuentes de empleo, estudio y salud (6 a 10, 41 a 45, 52, 53, 90, 92, 96, 126, 128) y fuentes de recreación y prácticas deportivas (18 a 20). (Ver anexo 1).

## **Entrevista semi-estructurada**

### **Diseño**

Con el fin de profundizar en algunas áreas del cuestionario y para rescatar las vivencias particulares de parte de la población participante, se diseñó una entrevista semiestructurada que incluye la exploración de los factores personales, familiares y sociales que pudieran ser protectores o precipitantes de conductas suicidas.

Se incluyen preguntas que indagan tres temas en particular: factores que rodearon la conducta suicida, influencia de los roles sociales en la conducta suicida y factores que podrían prevenirla. (Ver anexo 2).

### **Confiabilidad y validez**

De acuerdo con Hernández et al. (2006, p. 277), “la confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales”. Agrega además que el concepto implica también el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes.

Para los efectos de confiabilidad, una vez diseñado, el cuestionario fue sometido al criterio de expertos para su revisión y sugerencias. Posteriormente,

con el fin de validar su contenido, se recurrió a un plan piloto. El instrumento fue aplicado a una muestra de cinco jóvenes seleccionada intencionalmente entre estudiantes que colaboran o asisten regularmente al Departamento de Orientación y Psicología, para recibir atención en cualquiera de los servicios prestados. De esta manera, si se presentaba alguna dificultad emocional producto de completar el cuestionario, se les podría dar atención psicológica inmediata.

De acuerdo con las sugerencias de Hernández et al. (2006) se incluyó un espacio para comentarios, se les pidió que señalaran ambigüedades, opciones o categorías no incluidas, términos complejos y redacción confusa.

Esta prueba piloto permitió la detección de algunos elementos que dificultaban la comprensión de algunas preguntas, por lo que se procedió a corregirlas según las recomendaciones. Posteriormente se aplicó de nuevo a los mismos cinco estudiantes y se corroboró que el cuestionario realmente medía lo que se pretendía medir, es decir, se comprobó su validez para este estudio y población particular.

El encabezado del cuestionario funcionó como un consentimiento informado, exponiendo los fines de la investigación, la forma en que los datos serían analizados y utilizados, la no obligatoriedad de participar y la posibilidad de que los y las participantes se retiraran de la investigación, de considerarlo necesario.

En el caso de la entrevista semi-estructurada, la misma fue sometida a criterio de expertos, de esta forma, dos profesionales en psicología y una en orientación, la revisaron y dieron sus sugerencias.

### **Aplicación**

Mediante el ingreso a la base de datos del Departamento de Registro de la Universidad Nacional, se recopiló la información necesaria para contactar a las y los estudiantes, a quienes se les localizó telefónicamente, a través del correo electrónico, con llamadas a las facultades y escuelas a las cuales pertenecían o visitándoles en las clases.

Se les explicó el motivo del contacto, los objetivos de la investigación, en qué consistiría su participación, la importancia de obtener su ayuda y la posibilidad de negarse a participar, si así lo deseaban.

Todos y todas aceptaron participar, por lo que se les asignó una cita según su disponibilidad de tiempo.

Como parte del encuadre, cuando se suministraba el cuestionario se les informaba que, si como producto de la temática investigada pensaban que tenían la necesidad de ser apoyados terapéuticamente, la investigadora les daría consulta psicológica.

En este sentido, se atendió a un hombre y a una mujer durante una sesión de una hora en cada caso. Sin embargo, aunque no se dieron situaciones de crisis, otras dos personas -un hombre y una mujer- solicitaron recibir atención en el año 2009, por lo que se anotó sus nombres y números telefónicos. Posteriormente se les contactó y empezaron terapia con la investigadora al iniciar el primer ciclo lectivo del año 2009.

También, como parte del encuadre, se les aclaró el contenido de algunas preguntas que representaban especial interés para la investigación, como las número 157, 158, 160 y 161 referente a los roles de género (ver anexo 1). Para las preguntas 28, 32, 35, 38 y 136 acerca de las formas de violencia, se les entregó una tarjeta que las conceptualizaba y ejemplificaba. Todo esto con el propósito de solventar cualquier desconocimiento o faltante de información que limitara la obtención de resultados confiables y válidos en un área de gran interés para este programa de estudios, asegurando que todas y todos entendieran lo mismo y con eso medir lo que se debía medir.

Los lugares que se utilizaron para la aplicación del cuestionario fueron el consultorio de la investigadora y una sala de reuniones, ambos sitios con condiciones adecuadas para responder al instrumento con privacidad y comodidad, contando con la presencia cercana de la investigadora, en caso de que tuvieran dudas.

No se presentó ninguna situación irregular o que requiriera de atención especial. Los cuestionarios fueron completados en un promedio de 30 minutos.

Finalizado el proceso, los cuestionarios eran colocados por los y las participantes en una caja sellada que se mantenía bajo llave para garantizar la confidencialidad.

Una vez que se aplicaron todos los instrumentos, se procedió a la codificación y procesamiento de los datos con el uso del paquete informático SPSS.

La investigación, en cada una de sus fases, contó con la supervisión del equipo tutor.

En una segunda fase, se recurrió a la entrevista semiestructurada con dos hombres y dos mujeres seleccionadas al azar entre las 31 personas participantes.

Se les contactó telefónicamente con el fin de corroborar su anuencia a participar en esta fase de la investigación. Tres personas aceptaron y un joven no tenía posibilidad de hacerlo por limitaciones en su horario de estudio y trabajo. Por tanto se seleccionó al azar a un nuevo participante que aceptó colaborar.

Las citas se asignaron según las posibilidades de los y las estudiantes. La entrevista se llevó a cabo en el consultorio de la investigadora, en el Departamento de Orientación y Psicología.

Inicialmente se les agradeció su participación y se les explicó los objetivos de la entrevista y la forma en que la información sería analizada y presentada.

Se les suministró y pidió que leyeran detenidamente el consentimiento informado y lo firmaran si estaban de acuerdo con el mismo.

Las y los participantes accedieron a que la entrevista fuera grabada en audio para tener mayor precisión al momento de presentar los resultados.

En cada caso, la reunión no sobrepasó los 60 minutos y no se presentó ningún tipo de dificultad.

## **Limitaciones**

Una de las limitaciones de la investigación fue que de las 59 personas seleccionadas para participar, 18 ya no estaban matriculadas en la universidad en el año 2008 y de las 41 restantes, aunque todas confirmaron que asistirían a las citas para completar el cuestionario, 10 no lo hicieron, quedando al final una población de 31 personas.

Otra limitante fue el tiempo que se requirió para localización de los y las participantes, ya que algunos(as), por venir de zonas muy alejadas de la universidad, no residen en sus hogares con sus familias, sino que lo hacen generalmente en Heredia, y en algunos casos no tienen teléfono en su sitio de residencia temporal. Esto implicó realizar múltiples esfuerzos para localizarlos por otros medios como el correo electrónico, con mensajes en las escuelas a las cuales pertenecen según sus carreras y finalmente, visitándoles en las aulas.

Esto limitó la cantidad de tiempo que se asignaba a otras actividades propias de la investigación.

## Capítulo IV

### Presentación y Análisis de Resultados

En este apartado se presenta, en primer término, la información obtenida mediante los cuestionarios aplicados a los y las 31 estudiantes (11 hombres y 20 mujeres), la cual se organiza según los descriptores seleccionados y se analiza a la luz del marco teórico.

Posteriormente se retoman los resultados alcanzados al aplicar la entrevista semiestructurada a los y las participantes seleccionados(as) al azar, entre quienes participaron completando el cuestionario.

#### **Factores socio-económicos**

En lo referente a la información socioeconómica, de los resultados obtenidos se desprende que los 11 hombres participantes son solteros, mientras que de las 20 mujeres, 18 son solteras, una es casada y otra divorciada. Solamente uno de los hombres tiene un hijo, mientras que una mujer tiene un hijo, dos tienen tres hijos cada una y una no responde la pregunta.

Seis mujeres tienen un trabajo remunerado (30%) y 14 (70%) no lo tienen. En el caso de los hombres, siete (64%) trabajan remuneradamente y cuatro (36%) no.

En cuanto a las provincias de procedencia, 13 de los(as) participantes vienen de San José, cuatro de Alajuela, uno(a) de Cartago, 8 de Heredia, uno(a) de Guanacaste, tres de Puntarenas y uno(a) de Limón.

#### **Factores personales**

Los factores personales hacen alusión a las variables propias de cada participante, las cuales podrían ser protectoras o precipitantes de las conductas suicidas. Se incluye: práctica de deportes y actividades recreativas, cogniciones, distorsiones cognitivas, adicciones, proyecto de vida, habilidades sociales,

estrategias de afrontamiento, trastornos médico-psiquiátricos e intentos previos de suicidio.

En el caso de la población en estudio, de 31 participantes sólo seis hombres (55%) y siete mujeres (35%) practican deporte, lo que representa un 42% del total.

El bajo porcentaje de jóvenes que se ejercita regularmente podría convertirse en un factor de riesgo si se conjuga con otros factores predisponentes para las conductas suicidas.

En cuanto a actividades recreativas o de disfrute personal, las practican 10 hombres y 11 mujeres (68% del total). Esto significa que el 91% de los varones dedica tiempo a la recreación, mientras que sólo lo hace el 55% de las mujeres.

Mencionan 52 actividades, de las cuales 25 se realizan individualmente, como leer, hacer manualidades, escribir, ver televisión, practicar juegos de video o computadora, tocar guitarra, cantar y escuchar música.

Entre las actividades de carácter social mencionan: ir a bailar (5 veces), salir con los amigos (3 veces) y anotadas una vez: salir con la familia, ir a conciertos, ser catequista de confirmación, participar en un grupo de teatro.

Entre las 12 actividades que podrían efectuarse individualmente o en grupos se anota: ir al cine, viajar, ir a centros culturales, comer e ir de paseo.

También debe tomarse en consideración que si a las 25 actividades recreativas individuales mencionadas, se les agrega las 12 que podrían efectuarse individualmente, se observa un 71%, lo cual indicaría una tendencia en esta población al individualismo y el aislamiento, factores que pueden considerarse de riesgo para la depresión y las conductas suicidas.

En lo referente a esta área, es necesario considerar que un porcentaje significativo de mujeres (45%) no accede a actividades de este tipo y por tanto no cuenta con un importante factor protector. Esto amerita una reflexión en torno a las posibilidades reales de las mujeres para disponer de espacios de tiempo personal dedicado a actividades para su propio disfrute.

En este sentido, Lagarde (1992) apunta que se han venido gestando, históricamente, algunos cambios en la identidad de género. Por ejemplo, el que las mujeres no sólo se consideren madres, sino que puedan decidirse por otras opciones u optar por ser madres, pero reduciendo el número de hijos. Sin embargo, estas opciones acarrearán dificultades, pues al incorporarse a actividades que no correspondían a la condición femenina, han tenido que pagar el precio con dobles y triples jornadas, dificultándoseles el estructurar una identidad integrada, fenómeno al que la autora llama “doble vida”. La mujer se siente dividida, escindida y en confrontación. La contradicción más importante en su autoidentidad es el “ser para los otros” frente al “ser para ella”, pues si predomina el ser para los otros, todo lo que sea para ella será vivido con culpa.

De esta manera, el limitado acceso de las mujeres a las actividades recreativas podría responder a la demanda social de poner a los demás en posición de privilegio frente a sus propias necesidades. Sin embargo, en este estudio se carece de información adicional para afirmarlo con certeza.

Igualmente, el tener que cumplir con la jornada académica y las responsabilidades propias de esa área, unidas a las labores del hogar o el cuidado de los hijos e hijas, limita la cantidad de tiempo que dedican a sí mismas; pues aunque el porcentaje de mujeres que trabaja remuneradamente fuera del hogar (30%) es menor que el de los hombres (64%), puede considerarse que el estudiar y realizar el trabajo del hogar constituye una doble jornada de trabajo para ellas y una triple jornada para las que sí trabajan remuneradamente fuera de sus casas.

Esto se fundamenta en que al preguntarles si la división del trabajo en el hogar es equitativa, el 75% de ellas dice que no, al igual que el 64% de ellos. Asimismo, el 65% de las mujeres considera que la división del trabajo en su hogar le afecta su bienestar emocional y lo cree así el 27% de los hombres.

A lo anterior se une el que el 55% de ellas considera que su jornada académica afecta su bienestar emocional, frente a sólo un 18% de ellos.

En lo que respecta a la jornada laboral, el 67% de las mujeres que trabaja (n=4) considera que su jornada laboral afecta su bienestar emocional, mientras que es así en 29% de los hombres (n=2).

Asimismo, el 30% de las mujeres afirma que tiene más responsabilidades de las que pueden cumplir, situación que se repite en el 45% de los hombres. Los resultados anteriores se muestran de manera conjunta en el siguiente gráfico:

**Gráfico No.1**



**Fuente: Elaboración propia.**

Estos datos sugieren que en el caso de los varones, las responsabilidades académicas, las labores del hogar y las responsabilidades laborales no representan una carga importante para su bienestar emocional,

pues los valores arrojados son poco significativos. Sin embargo, el 45% de ellos considera que tiene más responsabilidades de las que puede cumplir.

Por el contrario, en el caso de las mujeres, un amplio porcentaje reconoce el peso que tienen sobre su bienestar las demandas laborales, académicas y del hogar, pero aún así, es menor el porcentaje que considera que tiene más responsabilidades de las que puede cumplir.

### **Habilidades sociales**

Solamente el 45% de las mujeres e igual porcentaje de los hombres dice que su vida social es satisfactoria. Sin embargo, al preguntárseles si les es difícil socializar, sólo el 36% de los hombres dice que sí, al igual que el 30% de las mujeres. En este mismo sentido, el 45% de ellas señala que se le hace difícil integrarse a grupos, dificultad que también enfrenta el 36% de los hombres.

Lo anterior demuestra que aunque el porcentaje de hombres y de mujeres que socializan y se integran a grupos con facilidad es mayor que el que presenta dificultades, esta área representa limitaciones para un porcentaje importante.

Al respecto, el 42% de las personas participantes reconoce que se aísla de los demás, cantidad que representa el 45% de los hombres y el 30% de las mujeres. Asimismo, el 36% de los hombres prefiere aislarse y hacer actividades individuales, mientras que es así en el 50% de las mujeres.

Estos resultados apuntan a que un porcentaje importante de hombres y mujeres presenta limitaciones en sus habilidades sociales que, en conjunto con los resultados encontrados en los ámbitos deportivo y recreativo, confirman lo señalado por Beck (1983) con respecto a la tendencia de las personas con depresión al aislamiento, la realización de actividades de carácter individual, la poca socialización y débiles habilidades sociales. De acuerdo con Beck (1993), este comportamiento constituye un factor de riesgo.

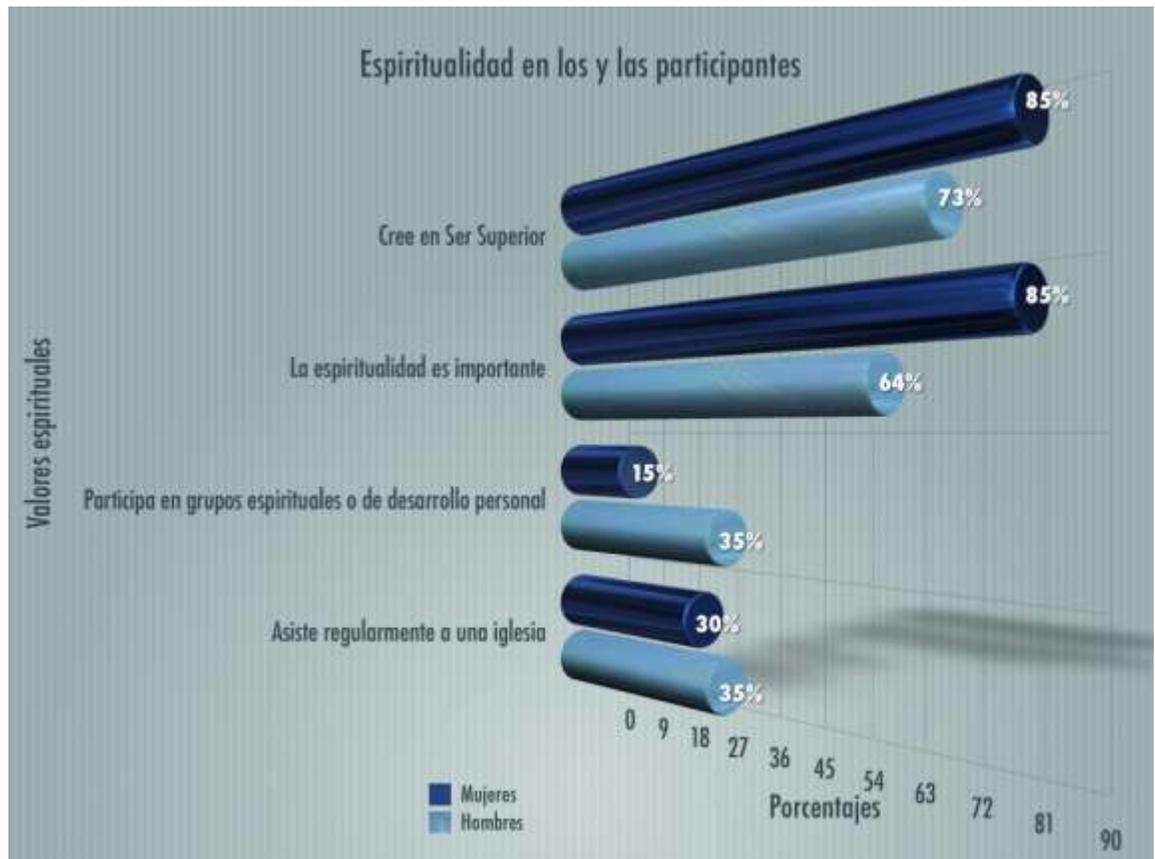
### **Cogniciones**

En la población estudiada, el 73% de los hombres y el 85% de las mujeres cree en un Ser Superior. El 64% de los varones y el 85% de las

mujeres responde positivamente a la afirmación “Para mí la espiritualidad es importante”. Sin embargo, sólo el 35% de los hombres participa en grupos que le ayudan en el crecimiento personal y espiritual, o asiste regularmente a una institución religiosa. En el caso de las mujeres, sólo el 15% participa en este tipo de grupos y el 30% asiste a una iglesia.

Este último punto sugiere que la participación en grupos espirituales, que podría ser un importante factor protector contra la depresión y el suicidio, no constituye práctica regular en esta población. Los datos se muestran en el siguiente gráfico:

**Gráfico No.2**



**Fuente: Elaboración propia**

Estos datos resultan de interés si se toma en consideración que el porcentaje de mujeres que cree en un Ser Superior es mayor, con una diferencia

de 12 puntos. De igual forma, es mayor el número de mujeres que considera que la espiritualidad es importante, aventajando a los hombres en 21 puntos porcentuales. Sin embargo, los varones aventajan a las mujeres en 20 puntos porcentuales en cuanto a participación en grupos de crecimiento personal y espiritual y en 5 puntos porcentuales en lo referente a asistencia a alguna iglesia.

Es decir, aunque las creencias espirituales tienen menor relevancia en los varones, asisten en mayor cantidad a grupos o instituciones religiosas.

Por otra parte, en lo referente a las cogniciones, es posible corroborar que en cuanto al grado de satisfacción con lo que han logrado en la vida, el 75% dice estar satisfecho. Esta pregunta evalúa autorrealización y en ese sentido, el porcentaje de mujeres satisfechas (75%) no supera en gran medida al de los varones (72%).

Similares valores se obtienen, pero de forma invertida, en la autoafirmación, ya que el 70% de las mujeres dice conocerse bien y saber quienes son, mientras que lo mismo sucede en el 72% de los hombres.

En lo referente a autoconfianza, un hombre no responde a la pregunta, mientras que el 58% del total cree que puede hacer lo que se propone. En este caso, el grado de autoconfianza es mucho mayor en las mujeres (65%) que en los hombres (45%).

En cuanto a la autovaloración, el 77% afirma creerse una persona valiosa, pero se da una situación similar al caso de la autoconfianza (con una diferencia de 21 puntos porcentuales), pues el 85% de las mujeres responde positivamente, mientras que sólo lo hace el 64% de los hombres.

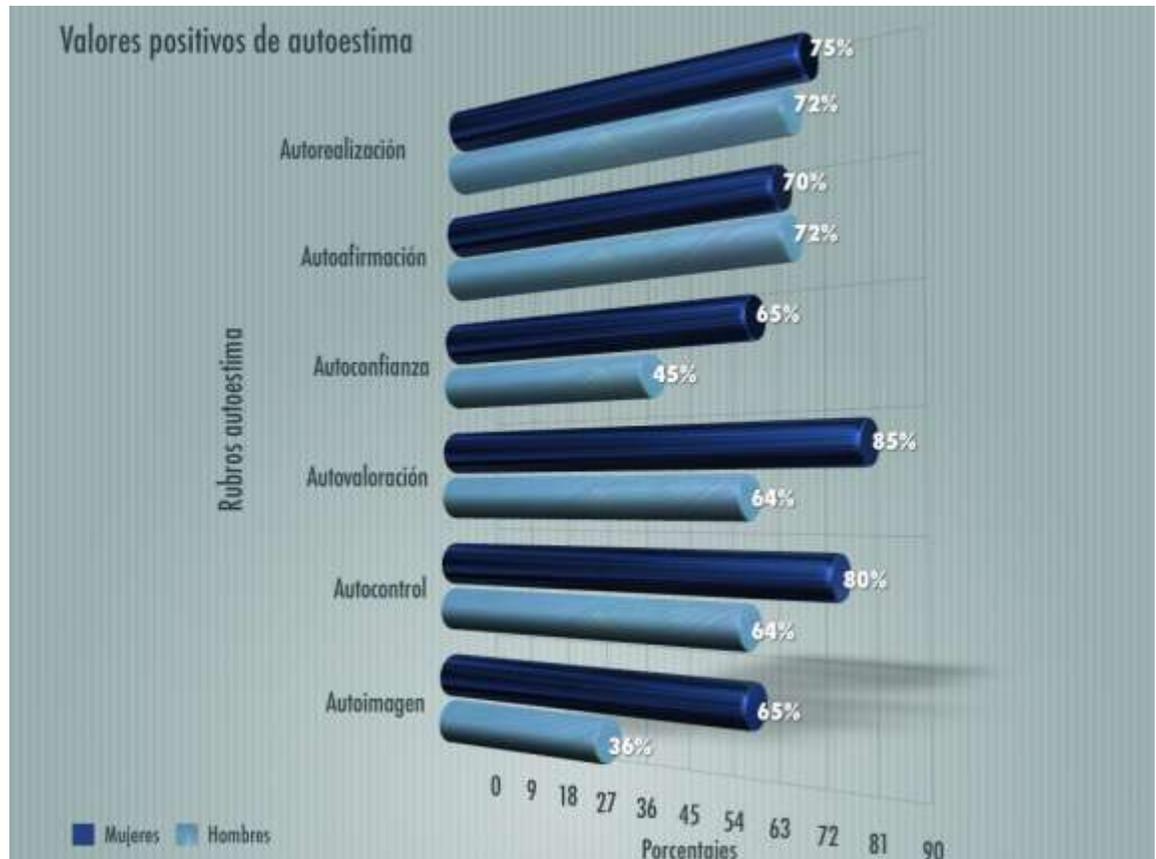
Asimismo, el 74% de las personas participantes cree que tiene la capacidad de controlar su conducta. En este sentido, el 64% de los varones cree tener autocontrol y es así en el 80% de las mujeres.

En referencia a la autoimagen, solo 13 de las 31 personas participantes (42%) afirman estar satisfechas con su imagen física. El 55% de las mujeres no están satisfechas, así como el 64% de los hombres. Al retomar los aportes de Salas (2005), esto podría hacer alusión al ideal de hombre o de mujer que se

inculca en las sociedades androcéntricas modernas, referente a mujeres que respondan a un estereotipo de belleza física: esbelta y joven, mientras que el ideal de hombre es blanco, alto, atractivo, exitoso, valiente y con poder económico.

Los resultados se muestran en el siguiente gráfico:

**Gráfico No. 3**



**Fuente: Elaboración propia**

Los seis conceptos anteriores: autoimagen, autoafirmación, autoconfianza, autovaloración, autocontrol y autorrealización forman en su conjunto el concepto de autoestima (De Mézerville, 2006). Los resultados permiten visualizar que el área de autoestima no está significativamente afectada en esta población. Sin embargo, la autoimagen sí muestra resultados

negativos importantes que reflejan poca aceptación de su cuerpo y su imagen física, en especial en el caso de los varones.

Asimismo, es rescatable que en general los resultados indican que las mujeres tienen una autoestima más alta con respecto a los hombres, en particular en las áreas de autoconfianza, autovaloración y autocontrol, marcadas por una diferencia aproximada de 20 puntos porcentuales. No obstante, en el caso de la autoimagen, la brecha se reduce y la diferencia es de 9 puntos porcentuales más alta en las mujeres, y no hay diferencias significativas en lo que respecta a autorrealización y autoafirmación.

Por otra parte, en lo referente a las distorsiones cognitivas, a la catastrofización “creo que a mi me pasan cosas más terribles que a las demás personas”, sólo 27% de los hombres responde afirmativamente, mientras que lo hace el 55% de las mujeres.

Lo anterior indica una diferencia significativa entre los resultados obtenidos por sexo, mostrando que en esta población la evaluación de los eventos de la vida es dos veces más negativa en las mujeres que en los hombres.

En cuanto a la percepción de fracaso en el área laboral, 45% de los hombres cree que ha fracasado y opina así el 25% de las mujeres. Esto apunta hacia un mayor porcentaje con creencias positivas acerca de su desempeño laboral, pero se mantiene una diferencia significativa entre hombres y mujeres, siendo más negativa la evaluación de los varones.

Asimismo, en la percepción de fracaso en el área académica, 64% de los varones cree que ha fracasado y lo cree el 50% de las mujeres. En este caso también es significativa la diferencia entre sexos pues aparecen nuevamente los hombres con mayor percepción de fracaso que las mujeres.

### **Estrategias de afrontamiento**

En lo que se refiere a estrategias de afrontamiento, 64% de los hombres afirma que cuando tiene un problema busca cómo resolverlo, 55% dice que es perseverante y se esfuerza por lograr lo que se propone, 91% piensa que sus

problemas tienen solución, 64% cree tener la capacidad de controlar su conducta y el 73% busca ayuda cuando tiene alguna situación que no sabe cómo resolver. Sin embargo, sólo el 45% utiliza los servicios médicos comunitarios e igual porcentaje accede a los servicios de salud mental. En lo referente a problemas con la policía, solamente un hombre responde haberlos tenido.

Por su parte, el 90% de las mujeres busca cómo resolver sus problemas e igual porcentaje se reconoce perseverante y piensa que sus problemas pueden solucionarse, 80% cree que puede controlar su conducta y el 95% busca ayuda cuando no sabe cómo resolver un problema.

Los resultados muestran una diferencia significativa en la utilización de estrategias de afrontamiento en los hombres y en las mujeres, en especial en lo referente a la solución de problemas, área en que las mujeres aventajan a los hombres por 26 puntos porcentuales. Esto sugiere que las mujeres utilizan, más que los hombres, estrategias de afrontamiento funcionales.

Dichos resultados concuerdan con los hallazgos de Meehan et al. (2007), quienes señalan que, en comparación con los hombres, las mujeres usan más las estrategias de afrontamiento activas, en particular la resolución de problemas.

Sin embargo, estos datos resultan contradictorios con el hecho de que las mujeres llevan a cabo más intentos de suicidio aún teniendo conductas más adaptativas cuando se presentan problemas, pero concuerdan con lo encontrado en esta investigación y que se expondrá más adelante, en referencia a que la mayoría de las mujeres lleva a cabo los intentos de suicidio ante situaciones que provocan alto malestar emocional, no ante problemas que piensen que no pueden solucionar.

Por otra parte, en lo que respecta al uso de los servicios médicos de su comunidad, sólo el 60% dice utilizarlos, así como el 75% afirma que recurre a los servicios de salud mental.

El hecho de que dos de ellas hayan tenido problemas con la policía, representa una variable por considerar en otros estudios sobre el tema, pues la

pregunta no permite discriminar si ellas incurrieron en conductas delictivas, o si por el contrario se vieron afectadas por el comportamiento policial. En igual sentido habría que indagar en el caso de los varones.

De la pregunta referida al acceso a los servicios de salud mental podría afirmarse, tal como señala Moller-Limkuhler (2003), que para los varones resulta más difícil aceptar la necesidad de ayuda psicológica y en general el acceder a los servicios médicos y de salud mental. En este último rubro, la diferencia entre ellos y las mujeres es ampliamente significativa, ya que se trata de 30 puntos porcentuales (de ellos accede el 45% y de ellas el 75%).

Lo anterior cobra gran relevancia porque muestra la forma como la mayoría de las mujeres enfrentan sus problemas mediante estrategias adaptativas y encaminadas a encontrar ayuda profesional. En este aspecto, las diferencias entre sexos concuerdan con los hallazgos de Meeham et al. (2007), quienes encontraron que los hombres tienden más hacia la búsqueda de ayuda en Internet o en libros, mientras que las mujeres buscan hablar con personas que puedan orientarles y no temen recurrir a la ayuda psicológica.

Asimismo, los resultados pueden explicarse con los aportes de Moller-Limkuhler (2003), quien señala que los estereotipos propios de la masculinidad no permiten la búsqueda de apoyo, aunque se reconozca su necesidad, pues esto no concuerda con las expectativas del rol de hombre fuerte, independiente, seguro y que no se ve afectado por las emociones. Buscar ayuda significaría no responder a su papel y, por tanto, perder estatus, control y autonomía, incompetencia, dependencia y daño a la identidad.

Moller-Limkuhler (2003) agrega que los síntomas depresivos no encajan con el estereotipo masculino, pues se consideran síntomas típicos de las mujeres, de los cuales los hombres no deberían padecer. Motivación suficiente para esconder su depresión y, tal como señala Kaufman (1999), acaban recurriendo a la agresividad, los ataques de ira, el poco control de impulsos y el abuso del alcohol, en lo que Moller-Limkuhler afirma que se conoce como “síndrome de depresión masculina”.

Estos resultados cobran importancia al confrontarlos con las preguntas referentes a la presencia de depresión actual, pues mayor cantidad de hombres la presenta y si un 55% de ellos no accede a los servicios de salud mental, este es un importante factor de riesgo porque las conductas suicidas están altamente correlacionadas con la presencia de depresión en quienes las manifiestan.

En este mismo sentido, recurrir a estrategias de afrontamiento funcionales constituye un factor protector relevante, pues permite la visualización de salidas adaptativas para las dificultades que aquejan a los y las jóvenes. En este sentido, se visualizan comportamientos que facilitan la mayor protección de las mujeres que de los hombres.

### **Proyecto de vida**

En cuanto a proyecto de vida, el 55% de los hombres dice tener claridad en lo que quiere hacer con su vida, mientras que es así en el 75% de las mujeres. Con respecto a la existencia de metas por alcanzar, el 100% de hombres y el 100% de mujeres responden positivamente.

De acuerdo con el concepto propuesto por Beck (1983) de Triada Cognitiva, puede desprenderse, tomando en consideración los resultados obtenidos en el área de autoestima (en unión con la existencia de un proyecto de vida) que su triada cognitiva, en cuanto a visión de sí mismos(as) y el futuro, es aceptablemente positiva.

El rubro correspondiente a la visión del mundo es analizado a profundidad mediante las entrevistas aplicadas, en particular con respecto al tema de roles sociales.

### **Consumo de drogas**

En lo referente a consumo de drogas y alcohol se encontró que en el pasado el alcohol era lo que más se consumía. En este sentido, 14 mujeres (70%) y 9 hombres tomaban licor (82%), mostrándose mayor frecuencia en el consumo masculino que en el femenino. La conducta más disfuncional, referida

a consumo todos los días la ejercía una mujer y de 2 a 3 días por semana, la ejercían 5 mujeres y 2 hombres.

En cuanto a la marihuana, el 85% de las mujeres nunca la había consumido (17 de 20), así como el 64% de los hombres (7 de 11). Un hombre la consumía todos los días, un hombre y una mujer lo hacían de 2 a 4 veces al mes, un hombre una vez al mes y un hombre y dos mujeres, una vez al año.

En el caso de la cocaína, un hombre la consumía un día a la semana y un hombre de dos a cuatro veces al mes.

Ninguno utilizaba el thinner y el cemento sólo un hombre una vez al mes.

Los resultados se muestran en la siguiente tabla, en la cual H significa hombre y M significa mujer.

**Tabla No.5**  
**Consumo de drogas en el pasado**  
**según frecuencia y sexo**

	Todos los días de la semana		2-3 días a la semana		1 día a la semana		2-4 veces al mes		1 vez al mes		1 vez al año		Nunca	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
a.Licor	0	1	2	5	1	2	2	2	1	2	3	2	2	6
b.Marihuana	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	2	7	17
c.Cocaína	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	9	20
d.Thinner	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	20
e.Cemento	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	10	20
f.Otros. ¿Cuáles?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**Fuente: Elaboración propia**

En la actualidad el alcohol es lo que más se consume. 55% de mujeres (11) y 73% de hombres (8). Una mujer de dos a tres días a la semana. Dos hombres un día a la semana. Dos hombres y una mujer de 2 a 4 veces por semana. Tres hombres y tres mujeres una vez al mes. Un hombre y seis mujeres una vez al año.

La cantidad de licor que toman no es mayor a tres o cuatro cervezas en cada caso y su consumo se limita a encuentros sociales o en celebraciones.

Por otra parte, en lo referente a la marihuana, un hombre la consume una vez a la semana y un hombre consume cocaína de 2 a 3 días a la semana, siendo este el caso con conducta más disfuncional.

Ninguno utiliza inhalantes como el thinner o el cemento.

Los resultados se presentan en la siguiente tabla:

**Tabla No.6**  
**Consumo de drogas en el presente**  
**según frecuencia y sexo**

	Todos los días de la semana		2-3 días a la semana		1 día a la semana		2-4 veces al mes		1 vez al mes		1 vez al año		Nunca	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
a. Licor	0	0	0	1	2	0	2	1	3	3	1	6	3	9
b. Marihuana	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	10	20
c. Cocaína	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	20
d. Thinner	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	20
e. Cemento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	20
f. Otros. ¿Cuáles?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**Fuente:** Elaboración propia

Los datos tanto de consumo en el pasado como en el presente muestran que la mayoría de la población investigada no tiene problemas serios en esta área y que sólo pueden ubicarse algunos casos específicos con consumo significativo de alcohol en el pasado y cocaína en el presente.

En general, en el presente se observa una disminución en el consumo de todas las drogas, con excepción del hombre que consume cocaína entre dos y tres días a la semana.

### **Trastornos médico-psiquiátricos**

Por tratarse de una población seleccionada intencionadamente para esta investigación, debe tomarse en consideración que el 100% de quienes participaron ha recibido tratamiento psicológico y ha tenido en algún momento de su vida ideación, plan o alguna conducta suicida, ya que ese fue el principal criterio de inclusión.

Seis de los hombres reconocen que se les ha diagnosticado algún problema psicológico o psiquiátrico, lo que representa el 55%. De las mujeres, 10 han recibido un diagnóstico (50%).

Cuatro de los hombres fueron diagnosticados con depresión, uno con déficit atencional y uno con terrores nocturnos. Por su parte, a ocho mujeres se les diagnosticó con depresión, a una con ataques de pánico y a una como paciente psicósomática.

Este último diagnóstico es importante, pues el término psicósomático se utiliza para denotar los trastornos físicos que son causados por un fuerte componente psicológico. Es decir, la enfermedad no está presente previamente, sino que la persona piensa que está enferma o que se enfermará y, en efecto, es posible que aparezcan, por ejemplo, alergias, dolores estomacales o contracturas musculares, sin causa física aparente.

Este diagnóstico fue dado a una joven que sufrió abuso físico, psicológico y sexual durante toda su niñez y adolescencia y que padeció fobia social, producto de presenciar el asesinato de su padre cuando ella tenía 12 años. Catalogar a esta joven como paciente psicósomática podría interpretarse como un desconocimiento del carácter bio-psico-social del ser humano, el cual implica que es y funciona como una integralidad, y que el daño a uno de esos componentes significa un daño en los otros. Asimismo, parece denotar el mantenimiento de una postura estereotipada y discriminatoria que minimiza los problemas de salud de las mujeres y los cataloga de “psicósomáticos” o las califica de “hipocondríacas”, haciendo alusión a las “enfermedades imaginarias de las mujeres” a quienes “todo les duele”.

Sin embargo, la literatura sobre el tema indica que la hipocondría se presenta por igual en hombres y mujeres y no tiene una causa específica. Implica creer que síntomas físicos, reales o imaginarios son signos de una enfermedad grave, a pesar de la certeza médica y otras evidencias de lo contrario. Las personas con hipocondría están preocupadas por su salud física y tienen un miedo irracional a tener una enfermedad grave, miedo desproporcionado para el riesgo real (Medline Plus, 2009).

Continuando con este aspecto, al 55% de los hombres y al 50% de las mujeres en algún momento de su vida se les recetó un medicamento psiquiátrico, en particular antidepresivos y ansiolíticos. No se indaga cuál medicamento o la dosis recomendada porque no es objetivo de esta investigación. El preguntarles sobre tratamientos farmacológicos tenía el propósito de obtener un indicador acerca de la gravedad de la enfermedad.

Por otra parte, en lo que respecta a los síntomas depresivos actuales, estos pueden evaluarse mediante su respuesta a afirmaciones como “creo que vale la pena vivir”. En este caso, el 90% afirma que sí (10 hombres y 18 mujeres). Sólo dicen que no un hombre y dos mujeres.

No obstante, el 50% de las mujeres acepta haber perdido interés en las actividades que antes le eran gratificantes o agradables, el 50% siente una soledad profunda, el 55% siente tristeza constantemente y el 30% se aísla. Los datos apuntan a un estado depresivo actual en al menos el 50% de la población, aunque no necesariamente se trata de depresión profunda, por cuanto a la afirmación “creo que puedo ser feliz” el 100% responde que sí.

Lo anterior puede entenderse como la posibilidad futura de ser feliz, aunque en la actualidad se esté atravesando por un periodo de depresión. Nuevamente se confirma que el componente “visión del futuro” de la triada cognitiva propuesta por Beck (1983), es positivo.

En el caso de los varones, 72% ha perdido interés en lo que antes le era gratificante, 64% se siente profundamente solo. También 64% siente tristeza constantemente y 45% se aísla.

Estos valores indican que más varones que mujeres están experimentando síntomas depresivos, pero al igual que en las mujeres, la creencia de “puedo ser feliz” es fuerte y está presente en el 91% de ellos.

Este hallazgo contrasta con la literatura indicadora de que las mujeres padecen más de depresión que los hombres.

Al hacer referencia a las conductas suicidas, se encuentra que el 91% de los hombres admite haber tenido ideas de suicidio, mientras que lo reconoce el 95% de las mujeres. Esto significa que un hombre y una mujer responden no

haberlas tenido, sin embargo, si son participantes en la investigación es porque se corroboró con sus psicoterapeutas, a través de sus expedientes, que sí las presentaron en algún momento. Su negación podría ser explicada por el concepto de deseabilidad social que propone que las personas tienden a emitir las respuestas que piensan son más aceptables socialmente.

Los motivos por los cuales llegaron a pensar en el suicidio son diversos, por lo que a continuación se citan las afirmaciones de los y las participantes, según su sexo:

#### Hombres

1. "Por constantes desvalorizaciones hacia mi persona".
2. "Por mi condición homosexual".
3. "Lo vi como algo conveniente para los demás".
4. "Porque perdí interés en todo. Me sentía muy mal, pero mi hermano mayor se quitó la vida y por eso no lo hice".
5. "Por lo mal en lo académico, discusiones familiares muy fuertes y hasta con violencia física y psicológica, caía en tristeza a veces sin razón aparente y pensaba en quitarme la vida".
6. "Porque no me sentía conforme con mi vida al sentirme una persona sucia por el abuso sexual, mi homosexualidad y mi imagen personal".
7. "Por pensar que no había solución ante las dificultades".
8. "En ese momento no parecían haber más salidas".
9. "Hay momentos en que me agarra mucha tristeza tanto así que pienso que voy a morir llorando eso me pasa cuando pienso mucho en mi mamá, qué bonito sería decir: te quiero mami y abrazarla bien fuerte y darle un besote en la mejilla".
10. "Porque vivir no tenía sentido para mí, sentía que no encajaba, que era mejor desaparecer".

#### Mujeres

1. "Me sentía mal emocionalmente".

2. "Por mi situación familiar".
3. "Por el abuso emocional que pasé con mi tío".
4. "No querer enfrentar los problemas o querer escapar de ellos".
5. "Me sentía muy fracasada y me daba vergüenza".
6. "Porque sentía que no tenía sentido mi vida y a nadie le importaba yo".
7. "Porque siempre he pensado que no valgo nada y que la gente que me rodea está conmigo solo para aprovecharse porque me siento sola, sucia, porque siento que no tengo una buena razón para vivir".
8. "No sentía ganas de vivir".
9. "Lo pensé pero no quería hacerlo, más bien era un fuerte miedo a hacerlo y era por depresión".
10. "Porque no le hallaba sentido a mi vida, me sentía triste, inútil, sentía que nadie se preocuparía si yo desapareciera".
11. "Porque mi padrastro era alcohólico y mi novio me abandonó".
12. "Eran muchas cosas: cambio de ambiente, rechazo general, enfermedades en la familia, muerte de amistades".
13. "Porque me siento cansada".
14. "Desmotivación, baja autoestima, no encontraba sentido a mi vida".
15. "Sentí que mi cuerpo lo pidió".
16. "Porque me sentía triste y me daba pereza vivir".
17. "Por no sentir que tenía sentido la vida y por la soledad".
18. "Depresión, falta de afecto y apoyo, falta de esperanza en el futuro".
19. "Por los problemas familiares".

De las afirmaciones anteriores puede verse que, en el caso de los hombres, las motivaciones apuntan en su mayoría hacia la presencia de problemas y el pensamiento de que no se pueden resolver (afirmaciones 3, 5, 7 y 8), lo cual sugiere débiles estrategias de afrontamiento.

Las afirmaciones 1, 2, 6 y 10 se relacionan con negatividad en su autoconcepto, mientras que la 4 y la 9 hacen alusión a malestar emocional.

En cuanto a la mujeres, la gran mayoría de las afirmaciones (1, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 17 y 18) se relaciona con malestar emocional en primer término y en segundo lugar con presencia de problemas que se cree no poder resolver (respuestas 2, 4, 11, 12 y 19). Solo las respuestas 7 y 14 se refieren a autoconcepto negativo. Esto se relaciona positivamente con el hecho de que las mujeres participantes en esta investigación presentan fortalezas en el área de autoestima, con porcentajes mayores de satisfacción que los presentados por los varones, tal como se corrobora nuevamente con esta pregunta.

Al evaluar si además del pensamiento suicida han llegado a tener un plan para suicidarse, 65% dice que sí (n=20), lo cual representa el 64% del total de los hombres (n=7) y el 65% del total de mujeres (n=13). Sin embargo, sólo 18% (n=2) de los hombres ha intentado quitarse la vida, en comparación con el 35% (n=7) de las mujeres.

Con respecto a los motivos que los llevaron a realizar el intento de suicidio, los dos hombres que lo hicieron afirman: “Me desvaloro como persona social”. “Por mi inconformidad con la vida, por el abuso sexual, homosexualidad, no quería que nadie se enterara y me sentía a punto de explotar.”

Las mujeres que lo han hecho afirman que sus motivos fueron: “abuso sexual, problema de salud física”, “por frustración”, “me sentía fracasada y deprimida”, “porque no encuentro una razón para vivir, además por desilusiones de las personas que en ese momento significan mucho para mí”, “cambios radicales, falta de adaptación, agresión familiar”, “porque mis papás siempre discutían y había violencia física”, “por abuso psicológico, físico, negligencia y patrimonial diariamente”.

Las respuestas, tanto de los hombres como de las mujeres, evidencian que la violencia física, psicológica o sexual constituye un factor de riesgo importante en esta población. Ante la experiencia de abuso, consideran que no tienen control sobre lo que están pasando y visualizan el suicidio como la única salida.

Con respecto al número de veces en que ha intentado quitarse la vida, uno de los hombres responde que dos veces y el otro dice que tres. Cuatro

mujeres afirman que lo han intentado una vez, una dice que dos veces, otra dice tres y otra señala que ha tratado de suicidarse en cinco ocasiones.

Los dos hombres lo intentaron por primera vez a los 16 años, mientras que las mujeres lo hicieron una a los siete años, otra a los ocho y las cinco restantes entre los 15 y 18 años.

Lo anterior demuestra que aunque igual porcentaje de hombres y de mujeres ha tenido ideas de suicidio, es mayor la cantidad de mujeres que lo ha intentado. Esto concuerda con la literatura sobre el tema. Asimismo, la edad del primer intento es más temprana en las mujeres que en los varones.

Los métodos utilizados varían ampliamente. El hombre que ha hecho tres intentos utilizó un arma de fuego, unas tijeras y el lanzamiento desde un segundo piso, mientras que el otro utilizó la sumersión. Las mujeres utilizaron un cuchillo y pastillas, pastillas con alcohol, un vidrio, pastillas con cloro, tirarse desde un segundo piso, tomar un medicamento y utilizar un paño para intentar ahorcarse.

Igualmente, estos últimos resultados concuerdan con la literatura mundial que identifica la utilización de métodos menos fatales en las mujeres, mientras que los más letales son utilizados por los hombres.

### **Factores familiares**

Los factores familiares se refieren a los elementos propios de la dinámica familiar que inciden sobre el bienestar o perjuicio de sus miembros. Se incluyen en estos las habilidades comunicacionales y de resolución de conflictos, el tipo de vínculos entre los miembros de la familia, las problemáticas que aquejan al grupo familiar (violencia, drogas, dificultades económicas) y los trastornos médico-psiquiátricos.

En los rubros referentes a las experiencias de abuso físico, psicológico o sexual se analizan en particular en este apartado los que fueron perpetrados por miembros de la familia. De esta manera, se encuentra que el 55% del total de los hombres sufrió abuso físico, el 73% enfrentó abuso psicológico y solo un joven sufrió abuso sexual (9%).

El abuso físico era perpetrado por los padres (se menciona la figura paterna 5 veces), por las madres (4 veces) y hermano y amigos se mencionan una vez. La extensión en el tiempo es variable, pero mencionan que se presentó por varios años, en especial durante la infancia y adolescencia.

Las personas responsables del abuso psicológico son: el padre (se menciona 5 veces), la madre (6 veces), la hermana (1 vez), los compañeros de escuela (2 veces), los compañeros de colegio (1 vez), la familia de la madre de su hijo (familia de su antigua pareja) y la ex pareja (1 vez). El tiempo en que han sufrido el abuso se extiende por años, incluso hasta la actualidad.

En cuanto al abuso sexual, un joven dice haber sido abusado por un primo materno una única vez.

Por otra parte, en el caso de las mujeres, el 55% del total ha enfrentado abuso físico, el 85% abuso psicológico y el 50% abuso sexual.

El abuso físico era perpetrado por: el padre (6 menciones), la madre (4 menciones), hermano (2 menciones), /familiares, vecinos y médico/, /compañeras de escuela y niños del barrio/, /un amigo y un tío/, /la abuela/, /el ex novio, las hermanas y la tía/ (se mencionan una vez cada una). Señalan que el abuso en algunos casos se dio sólo una vez, pero en otros, afirman que se ha extendido por muchos años.

En cuanto al abuso psicológico, se señala como perpetrador al padre (9 veces), la madre (5 veces), la o las hermanas (4 veces), el o los hermanos (5 veces), familiares (sin especificar –3 veces-) amigos, abuela, ex esposo, hija mayor, tíos, tías, psicóloga, ex novio, esposo, padrastro, profesora de religión, primos, la familia del hijo y la antigua pareja y abuela (todos mencionados una vez).

En lo referente al abuso sexual, las jóvenes abusadas señalan a los abusadores y el tiempo en que sufrieron el abuso, como se anota a continuación:

- |                                     |             |
|-------------------------------------|-------------|
| 1. Padrastro                        | no responde |
| 2. Padre, hermano, vecinos y médico | 10 años     |
| 3. Tío político y padrastro         | 5 meses     |

- |                                                         |                           |
|---------------------------------------------------------|---------------------------|
| 4. Tío político y padrino                               | varios años               |
| 5. Un taxista, un tío, una amistad masculina, un suegro | 1 día c/u                 |
| 6. Un amigo                                             | 1 día                     |
| 7. Hermano, primos, tíos                                | desde niñez hasta adultez |
| 8. Padre, madre, amigos del padre y la madre            | 4 años                    |
| 9. Hermano                                              | 1 día                     |
| 10. No responde                                         |                           |

Es evidente que en el caso de las mujeres, la variedad de personas que abusan de ellas es mucho mayor que en los varones, indistintamente se trate de abuso físico, psicológico o sexual. Esto apunta a la naturalización de la violencia hacia las mujeres y la legitimación del derecho a “corregir” su comportamiento mediante la fuerza física o los ataques verbales por parte de personas que por su condición de edad, parentesco o relación de autoridad, creen poder hacerlo.

Asimismo, en el caso del abuso sexual, se manifiesta la creencia de que las mujeres son objetos a disposición de las “necesidades” e “instintos sexuales” de los hombres (Lagarde, s.f.).

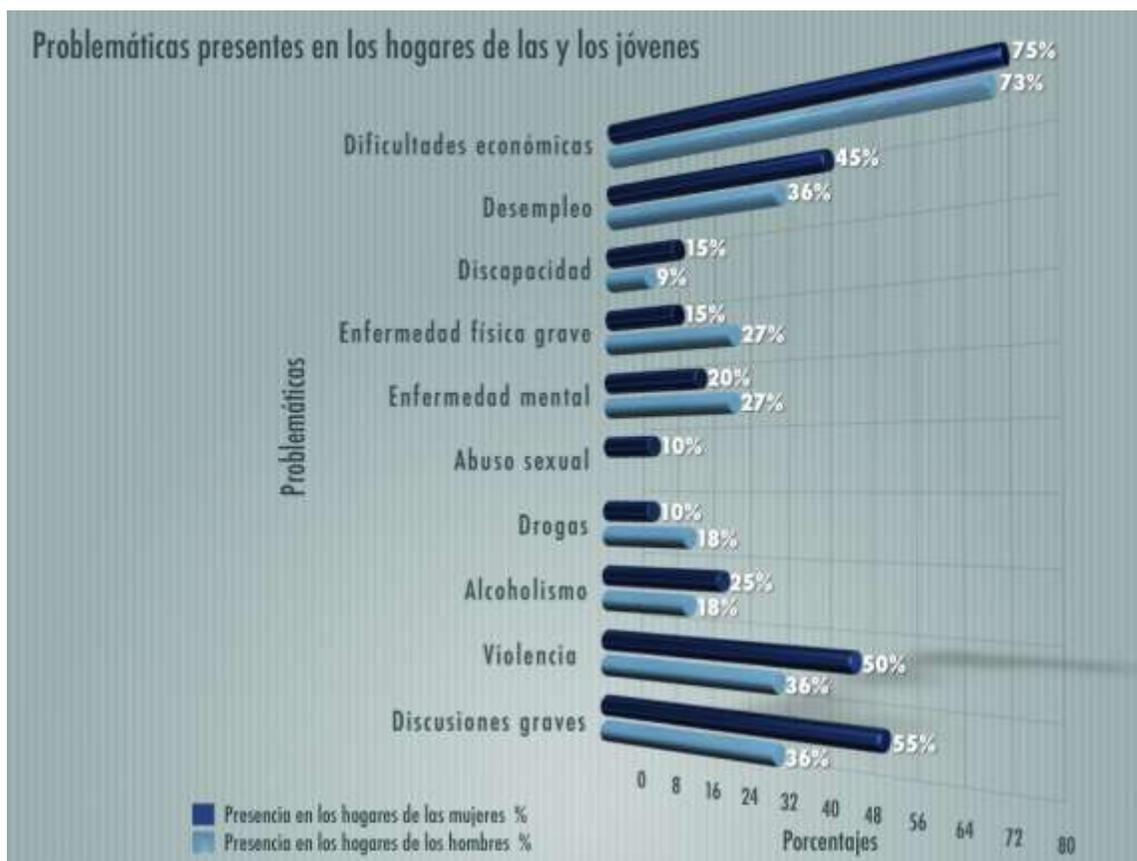
En referencia a las problemáticas que están presentes en los hogares de estas y estos jóvenes al momento de la entrevista, se pueden resumir en la siguiente tabla y se muestran en el gráfico No. 4:

**Tabla No.7**  
**Problemáticas presentes en los hogares de los y las participantes**

Problemática	Presencia en el total de la población %	Presencia en los hogares de las mujeres %	Presencia en los hogares de los hombres %
Discusiones graves	48	55	36
Violencia	45	50	36
Alcoholismo	23	25	18
Drogas	13	10	18
Abuso sexual	0,03	10	0
Enfermedad mental	23	20	27
Enfermedad física grave	19	15	27
Discapacidad	13	15	9
Desempleo	42	45	36
Dificultades económicas	74	75	73

**Fuente: Elaboración propia.**

**Gráfico No.4**



**Fuente: Elaboración propia**

Es posible observar que estas problemáticas se encuentran en mayor porcentaje en los hogares de las mujeres, con excepción del abuso de drogas, la enfermedad mental y la enfermedad física pero no hay una diferencia realmente significativa entre las problemáticas familiares de los hombres y de las mujeres.

Sin embargo, por sí misma la presencia de estas problemáticas constituye un factor de riesgo en la mayoría de los casos y pueden ser factores precipitantes. Por ejemplo, si el intento de suicidio se relaciona con la aparición de situaciones como el diagnóstico de enfermedad terminal en el o la participante o en cualquier miembro de su familia, el desempleo y lo apremiante de las limitaciones económicas. La influencia que tienen estos eventos

familiares precipitantes sobre la conducta suicida es confirmada por Epstein et al. (1988).

En este mismo sentido, cuando se les consulta sobre el principal problema que aqueja a su familia, los hombres mencionan los siguientes: dificultades económicas (cuatro veces), problemas de comunicación (cinco veces), enfermedad de la abuela y el mal matrimonio de la hermana, un pasado problemático que genera tensión y desconfianza, un padrastro que se opone a que la madre del joven trabaje y la indisciplina de la hermana, la separación familiar porque unos se casaron, trabajan y el joven estudia.

En cuanto a las mujeres, estas señalan los siguientes conflictos: problemas de comunicación (se menciona 10 veces), machismo en los hombres y abuso sexual, dificultades económicas (tres veces) y falta de empleo (dos veces). Asimismo, se transcriben tal como mencionan en el cuestionario, estas problemáticas: compartir o ponerse de acuerdo, la depresión de la hermana, la autoridad de los padres, todo se hace como ellos quieren, la relación con la hermana, la falta de orden en el hogar, además de la ausencia de la madre, el carácter de la hija y el esposo, la falta de autoridad y agresión verbal, el alcoholismo de los papás y la relación de la hermana con su novio porque nadie lo quiere, el no conocer bien a cada uno de los miembros, en el ex esposo el machismo y el abuso psicológico, en sus padres la violencia y el abuso físico.

De las observaciones anteriores puede verse que los problemas relacionados con comunicación disfuncional están presentes en un 48% del total de los casos (15 de las 31 observaciones se refieren al tema). Sin embargo, ante la pregunta de si creen que la comunicación en su familia es buena y respetuosa, el 55% de los hombres y el 40% de las mujeres dice que sí.

El 82% de los varones cree que su familia le apoya cuando tiene problemas e igual porcentaje afirma que le apoya en sus decisiones. Esto es así en el 80% de las mujeres, pero en lo que respecta a apoyo en sus decisiones, el porcentaje baja a 65%.

Lo anterior apunta a que hay un importante apoyo familiar cuando se tienen problemas, indistintamente se trate de hombres o mujeres, pero ese apoyo disminuye cuando se refiere a la toma de decisiones en las mujeres.

No obstante, en este mismo sentido, sólo el 36% de los varones dice que en su hogar las decisiones se toman considerando la opinión de todos los miembros de la familia, mientras que lo cree así el 30% de las mujeres. Asimismo, 55% de los hombres y 75% de las mujeres afirma que las decisiones las toman las figuras de autoridad. Es decir, sólo en un bajo porcentaje se considera la opinión de todos y todas, pero en todo caso, al final, en un alto porcentaje de las familias deciden las figuras de autoridad.

De igual forma, lo anterior también implica, tal como se corroboró en preguntas anteriores, que aunque se apoye en un alto porcentaje la toma de decisiones en los hombres, este es un apoyo a las decisiones individuales, pues cuando se trata de cuestiones familiares, la capacidad de decisión la tienen las figuras de autoridad.

Sin embargo, no es posible obviar que aún con los datos anteriores, sólo el 27% de los hombres y el 35% de las mujeres considera que en su familia se pueden expresar con libertad sus sentimientos. Esto reafirma el hecho conocido de que en los sistemas patriarcales a los hombres se les inhibe la expresión de sentimientos, mientras que a las mujeres se les minusvalora la emotividad. Por lo cual la dinámica que podría terminar instaurándose en muchas las familias es la no expresión emocional.

Esto es lo que Kaufman (1999) llama la sexta p, “la olla psíquica de presión”, con lo cual explica que muchas emociones naturales han sido descartadas como fuera de límites e inválidas para los hombres, lo que les lleva a reprimir sentimientos de temor y dolor. Lo anterior provoca que una gama de emociones se canalice a través de la ira y que reaccionen con violencia ante el temor, el sufrimiento, la inseguridad, el dolor, el rechazo y el menosprecio.

En lo referente a las relaciones vinculares entre los miembros de la familia, al preguntárseles sobre si esas relaciones son buenas, los hombres y las mujeres responden afirmativamente según los siguientes porcentajes:

**Tabla No. 8**  
**Evaluación positiva de las relaciones familiares**

	Hombres	Mujeres
La relación entre hermanos y hermanas es buena	55%	50%
La relación entre las figuras de autoridad es buena	64%	50%
La relación entre las figuras de autoridad y los hijos e hijas es buena	55%	40%
La relación con mi familia es satisfactoria	45%	35%

**Fuente: Elaboración propia**

En este mismo rubro, el 64% de los hombres cree que tiene vínculos estrechos con su familia, mientras que lo cree el 45% de las mujeres.

En lo que respecta a la pregunta de si la familia muestra interés por el bienestar de todos sus miembros, el 100% de los hombres concuerda con la afirmación, pero solo lo cree el 65% de las mujeres.

Los datos mostrados en la tabla, en unión con las preguntas siguientes, muestran que en general los hombres perciben más positivamente las relaciones y los vínculos familiares, mientras que las mujeres tienen una percepción más negativa.

Por otra parte, el porcentaje general de participantes que piensa que en su hogar la división del trabajo es equitativa, es muy bajo: 29%, lo cual representa 36% de los varones y 25% de las mujeres.

Con respecto a lo anterior, sólo el 27% de los hombres piensa que la división del trabajo en su hogar le afecta su bienestar emocional, pero lo cree así el 65% de las mujeres.

El 64% de los hombres cree que en su hogar se han marcado límites o reglas de comportamiento. Por parte de las mujeres, el 70% afirma que se han marcado reglas. Esto parece indicar que las reglas se marcan tanto para las mujeres como para los hombres.

En otro sentido, el 91% de los varones cree que su familia tiene expectativas positivas acerca de ellos y el 45% cree que esas expectativas dependen de su género.

Por su parte, las mujeres, en un 90%, creen que se esperan aspectos positivos para ellas y que esas expectativas dependen de su género, lo cree el 35%.

En cuanto a la resolución de los problemas y la toma de decisiones en la familia, las respuestas se cuantifican así:

**Tabla No.9**  
**Forma en que se resuelven los conflictos en la familia**

	Hombres	Mujeres
No se habla del problema y se espera a que pase.	36%	55%
Se discute y se cae en comportamientos violentos.	36%	55%
Se buscan culpables y se centran en el problema.	45%	65%
Se impone y asume las disposiciones de las figuras de autoridad del hogar.	27%	50%
Se dialoga y se buscan soluciones.	45%	25%
Se busca ayuda externa.	0%	0%

**Fuente: Elaboración propia**

Estos datos son congruentes con la tabla y la información anterior, pues muestran que las mujeres tienen una evaluación más negativa de las dinámicas familiares: se mantiene una diferencia de aproximadamente 20 puntos porcentuales en cada rubro, entre las respuestas de los hombres y las de las mujeres y esa diferencia se mantiene en la respuesta negativa referente a si existe diálogo y busca de soluciones cuando hay problemas.

Esto podría indicar que, en el caso de las mujeres, la percepción y evaluación negativa de las relaciones familiares inadecuadas o las dinámicas familiares disfuncionales constituyen factores de riesgo para la aparición de depresión y conductas suicidas.

También es importante señalar que en ninguno de los grupos familiares se recurre a la búsqueda de ayuda externa cuando se tiene problemas.

En esta misma área, la forma como las familias enfrentaron el problema del intento de suicidio de sus hijos se muestra a continuación. Habían cometido algún acto suicida dos hombres y siete mujeres, quienes podían marcar varias opciones en esta misma pregunta. Los valores representan números absolutos para facilitar su comprensión:

**Tabla No.10**  
**Reacción familiar después del intento de suicidio**

	Hombres	Mujeres
Cuestionaron mi actuación y me culpabilizaron	0	3
Intentaron hablar conmigo para entender por qué sucedió	0	2
Se enojaron	1	1
Actuaron como si nada hubiese pasado	0	2
Buscaron ayuda profesional para mí	0	3
Buscaron ayuda profesional para la familia	0	0
No se enteraron	2	4

**Fuente: Elaboración propia.**

Como se desprende del conjunto de datos que abarcan los factores familiares, se comprueba que, en general, un importante porcentaje de los y las participantes considera que las relaciones familiares no son muy positivas y, por el contrario, se apunta hacia la comunicación inadecuada y pobres estrategias para el manejo de los conflictos.

Estas áreas débiles dentro del entorno familiar representan importantes factores de riesgo para las conductas disfuncionales relacionadas con el suicidio.

## Factores sociales

Los factores sociales hacen referencia a los elementos del entorno, los institucionales, las relaciones con los otros(as) y se dividen en áreas como: relaciones sociales con grupos de pares, redes de apoyo y acceso a fuentes de educación, empleo y salud.

Al indagar acerca de los factores sociales, que en conjunto con otras variables ponen en mayor riesgo de conductas suicidas, se confirma la presencia de las problemáticas que se muestran en la siguiente tabla en el gráfico No. 5:

**Tabla No. 11**  
**Presencia de problemáticas sociales**  
**en las comunidades de los y las participantes**

Problemática	Hombres (n=11)	Mujeres (n=20)
Consumo de drogas	55%	80%
Venta de drogas	45%	65%
Robos a viviendas	73%	80%
Asaltos	36%	60%
Pandillas	27%	35%
Peleas con armas	18%	25%
Violencia entre vecinos	55%	60%
Violencia intrafamiliar en la casa de los vecinos	27%	70%

**Fuente: Elaboración propia.**

La tabla anterior muestra la presencia importante de problemáticas como el consumo y la venta de drogas, los robos a viviendas y la violencia entre vecinos.

**Gráfico No.5**



**Fuente: Elaboración propia**

Nuevamente se encuentran diferencias significativas en los valores porcentuales arrojados por los hombres y las mujeres. Ellas reportan la existencia de esos problemas en porcentajes mayores a los hombres, lo cual podría obedecer a situaciones objetivas de mayor vulnerabilidad social en las comunidades a las que ellas pertenecen, aunque también puede obedecer a percepciones más negativas en las mujeres acerca de su propia realidad o a mayor apertura para observar y evaluar con detalle las condiciones comunitarias en que viven. De cualquier manera, es importante anotar que las preguntas pretendían conocer la percepción de los y las participantes y, en este sentido, la percepción de las mujeres es más negativa que la de los hombres.

En lo referente a grupos de pares y el apoyo que estos representan, el 100% de los varones afirma que tiene amistades con quienes mantienen una

relación de confianza. Es así en el 95% de las mujeres. Al consultarles si son apoyo para ellos y ellas, los hombres, en un 100% contestan que sí y las mujeres lo hacen en un 95% (5% no aplica).

En cuanto a la relación de pareja, el 100% de ellos dice no tenerla, y sólo el 50% de mujeres la tiene. Todas afirman que su pareja es un apoyo para ellas, aunque dos han experimentado violencia verbal con las mismas.

Por otra parte, la percepción que los y las participantes tienen con respecto a si la sociedad donde viven les da las posibilidades para lograr sus metas, el 64% de los hombres cree que sí, así como el 60% de las mujeres.

Con respecto al acceso a los servicios de salud pública en su comunidad (facilitados por la Caja Costarricense de Seguro Social) dice tener acceso el 82% de los hombres y el 85% de las mujeres. Asimismo, el acceso a los servicios estatales de salud psicológica, lo tiene el 27% de los hombres y el 55% de las mujeres. Sin embargo, utiliza los servicios médicos sólo el 45% de los varones y el 60% de las mujeres, y los servicios de salud mental, el 45% de ellos y el 75% de ellas.

En este aspecto es importante recalcar que el porcentaje de hombres y de mujeres que reconoce tener acceso a los servicios médicos es muy similar, mientras que se encuentra una importante diferencia (28 puntos porcentuales) en lo referente a acceso a los servicios de salud psicológica. No obstante, se considere que se tenga acceso o no, la utilización real de los servicios de salud en general es mayor en el sexo femenino. Este hecho corrobora lo señalado por Moller-Limkuhler (2003) con respecto al no acceso de los hombres a los servicios médicos y en particular a los servicios de salud mental, por no querer aparecer ante los demás como débiles, pues los problemas de salud son percibidos como propios de las mujeres.

En todo caso, se trate de que el acceso a los servicios de salud esté realmente limitado para algunos(as) participantes o que sea únicamente su percepción o desconocimiento de los servicios, el Departamento de Salud y el Programa de Atención Psicológica de la Universidad Nacional constituyen una importante alternativa para procurar el mantenimiento de su salud en general.

Asimismo, el acceso para todos y todas es igualitario, sin ningún tipo de distinción.

En cuanto a la pregunta acerca de si las exigencias de los roles sociales según su género influyen en la toma de decisiones referidas al o los intentos de suicidio, los hombres (n=7) que piensan que no les afectan señalan:

“No. Porque creo tener amigos que me están apoyando en ciertas situaciones y apoyo moral”. “No. Fue sobretodo una intensión material, si yo moría una deuda se cancelaba, terminando con el problema de dinero”. “No. No tengo problemas con los géneros”. “No. Aunque es una cuestión genérica que en mi familia se esperó más de los hijos por ser hombres, no hay hijas, las altas expectativas hacia mí por ser hombre, no es motivo para suicidarse”. “No. No siento presión alguna relacionada con mi género”. “No. No es el género, es algo más personal, mi relación con la mamá de mi hijo me pone muy mal, la relación con mi hijo está mal, si yo no existiera, el problema terminaría”. Uno de ellos dice que no pero omite la explicación respectiva.

Los que creen que sí les afectan las demandas basadas en los roles sociales afirman:

“Sí. Es que yo sería feliz, al menos eso creo, cumpliendo ese rol, pero mi condición gay siento que se interpone”. “Sí. En parte sí porque se exige tener familia, ser fuerte y competitivo y llevar cargas de los demás”. “Sí. En un momento de la vida me llevaron a pensar en ello, es “malo” ser un hombre homosexual”. “Sí. Ahora o siempre se ha manejado en su estructura mental en el hombre ser el proveedor de la casa, si no hace esto no cumple a “cabalidad” su papel como hombre”.

Lo anterior muestra que 7 de los 11 participantes dicen que las exigencias de los roles sociales no influyeron sobre sus conductas suicidas y 4 dicen que sí tuvieron influencia. En dos casos los jóvenes argumentan que por su condición homosexual no pueden cumplir con los roles sociales que se les asignan y los otros dos afirman que los mismos les exigen a los varones responder a un ideal de hombre que debe ser proveedor, fuerte y competitivo.

Esto es explicado por Kaufman (1999) al señalar que las expectativas interiorizadas de la masculinidad son imposibles de satisfacer. Ante lo cual las inseguridades personales por la incapacidad de pasar la prueba de la hombría llevan a muchos hombres al temor, la ira, el autocastigo, el autorepudio y la agresión. De esta manera, en algunos casos las ideas o conductas suicidas son formas de violencia contra uno(a) mismo(a).

En este sentido, Kaufman (2007) se refiere a la estructura del ego masculino, señalando que los hombres bloquean la pasividad y cualquier sentimiento asociado a ella, como la tristeza o la desesperanza, manteniéndose en constante vigilancia psicológica y conductual de todo lo que no sea considerado masculino. Al final esto se manifiesta en un perpetuo acto de violencia contra ellos mismos, transformándoles en “ollas de presión” que no descargan sus emociones, las cuales se convierten en ira y hostilidad, dirigida hacia sí mismos, hacia otros hombres y oficialmente hacia las mujeres (Kaufman, 2007).

Es necesario señalar que quienes dicen que las demandas de los roles sociales no le afectan, argumentan no hacer diferenciación por sexo. De acuerdo con Lamas (1995), esto más bien podría obedecer a la interiorización y, por tanto, manejo inconsciente de los roles y estereotipos de género, pues sus explicaciones denotan exigencias sociales genéricas.

En cuanto a las mujeres, cinco creen que los roles sociales no influyeron sobre sus conductas suicidas, pero omiten la explicación al respecto. Dos dicen que no porque nada tiene que ver su género. Las demás, anotan las siguientes razones: “No. Porque siento que eso no afecta mi integridad”. “No. La distinción de género me enoja, pero no para tanto”. “No. Creo que eso no depende del género sino de los problemas y aptitudes de cada uno”. “No. Porque eso no resolvería nada”. “No. Eso no me afecta”. “No. No creo que sea el género lo que afecte, sino la satisfacción con uno mismo”. “No. Porque soy independiente de lo que pueda representar mi género socialmente, sólo soy una ser humano”. “No. Porque confío en Dios de no volverlo a hacer”. “No. Cuando estaba casada sí, pero ahora soy libre”. “No. Porque ahora que soy consciente y me encuentro fuera del grupo familiar, no lo veo de este modo”.

Las que dicen que sí argumentan:

“Sí. Este es un mundo muy estereotipado, para usted poder crecer tiene que estar dentro de lo que dicta la sociedad”. “Sí. Nunca he sido “la niñita ideal”, siempre cuestioné el por qué de todo, luché contra lo impuesto por la sociedad, por lo que fui singularizada”. “Sí. Porque a las mujeres tienden a relegarnos a funciones meramente en el ámbito de lo privado y con características que muchas veces no se tienen y eso es un peso”.

Diecisiete de las jóvenes dicen que las demandas de los roles sociales no han influido sobre su conducta suicida y tres dicen que sí, concordando las tres en que la sociedad tiene un ideal estereotipado de lo que tienen que ser las mujeres.

En este punto es importante rescatar el aporte de Saussure (cit. por Lamas, 1995) cuando afirma que el lenguaje es un medio fundamental para estructurarnos culturalmente y volvernos seres sociales, pero que el lenguaje no es solo voluntario, sino también inconsciente, pues posee una estructura fuera del control y la conciencia de los hablantes individuales. Estos hacen uso de esa estructura presente en sus mentes, a través de las unidades de sentido, los signos, que dividen y clasifican al mundo y lo hacen comprensible. Así es como aparecen las representaciones sociales. Son construcciones simbólicas que dan atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de las personas, donde el ámbito social no solo es un territorio, sino un espacio simbólico definido por la imaginación y determinante en la construcción de la autoimagen de cada quien, es decir, la conciencia está altamente determinada por el discurso social.

En este sentido, Lamas (1995) afirma que la división social por sexo es efectiva porque ambos sexos han compartido las creencias en su diferenciación, aceptando y reproduciendo la forma en que la sociedad ve a los sexos y les asigna sus roles “naturales”. Es decir, los hombres y mujeres son reflejo de una producción histórica y cultural.

De esta manera, aunque los y las participantes afirmen que la división social por sexo no les afecta en su comportamiento, al ser la división genérica un

producto histórico y cultural, es innegable que influye en menor o mayor medida sobre cada persona.

### **Entrevistas**

En este apartado se muestran los resultados de las entrevistas aplicadas a dos hombres y dos mujeres seleccionadas(os) al azar entre los y las 31 participantes que completaron el cuestionario en la primera etapa de la investigación.

Se decidió trabajar con cuatro personas porque esa cantidad permitiría que la información recopilada pudiera ser analizada adecuadamente en el tiempo disponible. Asimismo, el objetivo de las entrevistas era profundizar en los hallazgos del cuestionario y rescatar las vivencias de estos hombres y mujeres con el fin de comprender mejor los factores que les llevaron a manifestar conductas suicidas.

Los nombres fueron cambiados y el detalle de alguna información personal fue omitido para mantener su anonimato.

### **Caracterización de las y los participantes**

#### **Álvaro: 23 años**

Álvaro es un joven procedente de Puntarenas que se separó de su familia para residir en Heredia durante el tiempo lectivo. Cursa el tercer año de una carrera de la Facultad de Ciencias de la Tierra y el Mar.

Su familia está constituida por su madre, su padrastro (quien convive con su madre desde que Álvaro tenía dos meses de edad), una hermana adolescente y él.

Durante su niñez y adolescencia sufrió violencia física y verbal por parte de su padrastro, madre y “amigos” (el entrecomillado es suyo). La violencia física se extendió hasta los 14 años y el abuso psicológico hasta los 16.

Presenta un diagnóstico de depresión mayor y toma antidepresivos desde hace un año aproximadamente.

Afirma que en el pasado llegó a consumir licor entre dos y cuatro veces al mes (de dos a tres cervezas cada vez) y marihuana una vez al año. En la actualidad el consumo de licor es de una o dos cervezas, entre dos y cuatro veces al mes y ya no hay consumo de marihuana.

Menciona como principal problema de su familia el que su madre quiere trabajar, pero su padrastro no quiere que lo haga, lo cual genera discusiones entre ellos. Otro problema que cree importante es la indisciplina de la hermana.

Afirma haber llegado a pensar en el suicidio porque le iba mal en lo académico y por las discusiones familiares fuertes con violencia física y psicológica. Señala que caía en tristeza, a veces sin explicación aparente y pensaba en quitarse la vida, incluso llegó a tener un plan para suicidarse, pero nunca llevó a cabo ninguna acción.

### **Beatriz: 26 años**

Beatriz proviene de Alajuela y actualmente vive solamente con su madre. Estudia una carrera de la Facultad de Ciencias Sociales y cursa el tercer año.

Durante su niñez (hasta los 10 años) sufrió abuso físico y psicológico por parte sus familiares, padre, hermano y hermana, vecinos, amigos y un médico.

También sufrió abuso sexual por parte de su hermano, su padre, familiares, vecinos y un médico hasta los 10 años, pues según afirma, todo sucedía al mismo tiempo.

No tiene claridad acerca de si se le ha diagnosticado alguna dificultad psicológica, pero menciona que un médico le dijo que era una paciente psicósomática. Nunca ha tomado medicamentos para trastornos psiquiátricos.

En el pasado consumía licor una vez por semana, en pocas cantidades, y marihuana una vez al año, pero actualmente no consume ninguna de las dos.

Menciona que en su familia los principales problemas son la falta de comunicación, el machismo de los hombres y el abuso sexual.

Ha llegado a considerar el suicidio, a planear cómo ejecutarlo y en tres ocasiones ha emitido conductas suicidas. Afirma que lo hizo porque se sentía muy mal emocionalmente, por el abuso sexual y por problemas de salud física.

La primera vez que lo hizo fue a los 15 años y utilizó un cuchillo, posteriormente ingirió pastillas y pensaba en colgarse.

Cuando en su casa se enteraron, cuestionaron su actuación y la culpabilizaron, se enojaron y buscaron ayuda profesional para ella.

### **Carlos: 22 años**

Este joven es procedente de Alajuela, donde convive con su padre y madre. Cursa el 5º año de una carrera de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales.

En su niñez sufrió abuso sexual por parte de un primo, según afirma, en una sola ocasión.

Señala que ha tenido varios diagnósticos clínicos, como terrores nocturnos, anorexia, bulimia y distimia y ha tomado medicamentos antidepresivos.

Tanto en el pasado como en la actualidad, su consumo de licor se ha limitado a una vez al mes en poca cantidad y no consume ninguna droga.

Identifica como principal problema en su familia la inadecuada comunicación, pues aunque no se faltan el respeto, se les dificulta comunicarse.

Acepta haber pensado, planeado y haber estado muy cerca de cometer actos suicidas. Según afirma *“porque no me sentía conforme con mi vida al sentirme una persona sucia por el abuso sexual, mi homosexualidad y mi imagen personal”*. Con respecto a su homosexualidad agrega: *“... no quería que nadie se enterara y me sentía a punto de explotar”*.

Quiso atentar contra su vida en tres ocasiones, pero el miedo y la melancolía de no ver más a sus amigas, no le permitieron hacerlo. En su familia no llegaron a enterarse de sus intenciones.

### **Diana: 20 años**

Diana reside en San José con su madre, su padrastro y una hermana menor. Estudia el 2º año de una carrera de la Facultad de Filosofía y Letras.

Afirma que durante dos años sufrió abuso psicológico por parte de su padrastro. No reporta haber sufrido abuso físico ni sexual.

Pese a que recibió tratamiento psicológico por depresión, dice que no se le ha dado nunca un diagnóstico como tal y que nunca ha tomado medicamentos para problemas psicológicos o psiquiátricos.

Nunca ha consumido drogas o alcohol.

El principal problema que identifica en su familia es la falta de comunicación.

Acepta que ha llegado a pensar en el suicidio, pero no ha hecho planes ni intentos de consumarlo. Llegó a pensarlo porque su padrastro era alcohólico y su novio la abandonó.

### **Categorías de análisis**

En este apartado se analizan los factores individuales que, al momento en que se considera el suicidio, podrían haber constituido factores protectores o factores predisponentes o precipitantes de las conductas suicidas.

## **Factores de riesgo o predisponentes**

### **Factores personales**

#### **Álvaro**

Álvaro no define una situación detonante de la ideación suicida en el plano personal, su malestar principalmente se ubicaba en el plano social, tal como se ejemplifica más adelante.

Sin embargo, podría pensarse que el tener que dejar a su familia, su hogar, comunidad, amistades y todo lo que le era conocido para tener que adaptarse a vivir sólo y a realizar un completo cambio de vida, con total libertad pero al mismo tiempo con total responsabilidad sobre su comportamiento y sobre las labores cotidianas, pudo haber sido un factor precipitante. Lo anterior en conjunción con los otros factores de riesgo, detonaron en él la aparición de la depresión y la ideación suicida.

Al respecto, García et al. (2002) en su estudio incluyeron la variable raza e inmigración, encontrando que la emigración unida al desarraigo y el aislamiento, aumentan el riesgo de suicidio, aunque el riesgo es menor cuando se emigra con toda la familia. De esta manera, si se tiene el soporte familiar y se mantienen las costumbres y tradiciones del país de origen, esto se convierte en un factor protector y facilita la integración con otros emigrantes.

En el caso de Álvaro, la migración hacia la ciudad para iniciar sus estudios universitarios, el desarraigo, el aislamiento y el no contar con el soporte emocional de su familia, pudieron actuar, tal como se mencionó anteriormente y en conjunto con otras variables, como predisponentes de las conductas suicidas.

### **Beatriz**

La situación que Beatriz vivía en lo personal, la sintetiza de la siguiente manera:

*“Como a los 15 años intenté cortarme las venas, por eso, yo tenía... siempre todo mundo tiene problemas, pero en esa época, tenía abuso sexual y todo eso, ¿verdad? me sentía sucia, cochina y no tenía una mamá para poder desahogarme. Mi mamá no me creía nada y digo yo: “aquí no tengo a quien acudir y mi papá está totalmente alejado del hogar, si le digo, no me va a creer” y mi hermano era como el que perpetraba el abuso, entonces yo digo: aquí es quitándome la vida, no tengo solución, no tengo escape, no tengo escapatoria...”*

En este sentido, se rescatan los hallazgos de Zalsman et al. (2006), quienes apuntan que la negligencia y el maltrato incrementan el riesgo de depresión, abuso de sustancias, desorden del comportamiento, desorden de estrés postraumático y conductas suicidas. Asimismo, los efectos son más fuertes cuando se trata de abuso crónico, como el abuso sexual que implica la penetración. El abuso se asocia con una aparición más temprana de la depresión y los efectos del abuso pueden ser prolongados, con un nivel de respuesta más bajo al tratamiento y un mayor riesgo de recurrencia.

En el caso de Beatriz, como se ejemplifica en otros apartados, hay presencia de consumo de alcohol, relaciones sexuales con múltiples parejas,

calificadas por ella como “promiscuas”, depresión y síntomas de desorden de estrés postraumático.

### **Carlos**

En cuanto a Carlos, cuando se le consulta qué sucedía en su vida en el plano personal al momento de querer suicidarse, responde:

*“Yo siento que todas las veces en que intenté suicidarme se debía a que se acumulaba una cosa, otra cosa y otra cosa. Cuando yo tuve cinco años, fui abusado sexualmente, y para mí fue muy difícil porque yo no pude externarle a mi mamá lo que había pasado, porque el tipo ese me dijo, “si usted dice algo, su mamá se muere, su papá se muere”. Entonces para mí eso fue muy difícil. A partir de ahí yo empecé a tener períodos muy difíciles a la hora de dormir. Era un chiquito gordo, entonces la gente decía “mire donde está el gordito”. Entonces eso te va afectando. Luego cuando entré a la adolescencia yo empecé a tener problemas sobre identidad sexual, yo no sabía si era heterosexual o si era gay. Entonces todo eso se me iba acumulando. Yo me sentía el chiquito gordo, el muchacho gay, a la vez, por la cuestión del abuso yo generé cosas extrañas porque yo sentía que yo olía feo, yo sentía una joroba, yo sentía que todo el mundo veía esa situación, y como yo no lo pude externar nunca, yo siento que todo eso se fue acumulando, como una olla a presión, se fue acumulando y se fue acumulando”.*

En este sentido, Lagarde (1992) señala que en los tiempos modernos se presentan algunos conflictos relacionados con la identidad, pues no siempre hay una correspondencia entre la identidad asignada y la autoidentidad. Existen las identidades optadas, que son conformadas voluntariamente cuando el sujeto asume elementos de la identidad asignada y añade elementos optados, al mismo tiempo que su “yo” se construye con las experiencias vividas. Si esas experiencias se parecen a la identidad asignada, el cambio será poco, pero si las experiencias se alejan de la identidad asignada, se está en camino a transformarla en una identidad optada.

La autora agrega que esos procesos de cambio son conflictivos y provocan en las personas crisis internas entre la identidad asignada y la asumida, pues la primera se aprende de los otros significativos y la asumida se ve como una transgresión de género. Esto significa una confrontación con el deber ser y las figuras que enseñan el género.

Esto se evidencia en Carlos cuando afirma:

*“... a veces uno como adolescente o como una persona que forma parte de la sociedad, no se siente que encaja. Por ejemplo, a mí me ha pasado siempre, que yo siento que no estoy encajando dentro de la sociedad, porque ciertos comportamientos que yo he tenido o por ciertas cosas que se consideran no son de hombres... Para mí eso era re-malo, o sea, ser homosexual era fatal, verdad? porque como la sociedad dice que ser homosexual, nada que ver...Porque yo no podía cumplir el rol tradicional. Inclusive, a veces yo escuchaba a mi mamá diciendo: “Ay! Es que yo sueño que mi hijo tenga una mujer y unos hijos...” y saber que yo no puedo hacer eso, porque no podía, porque no me iba a sentir cómodo, o sea, cómo iba a estar con una mujer si yo nunca había sentido un deseo por una mujer? Cómo yo iba a estar con unos hijos si no tenía planeado eso? Y en esencia es eso... que yo no podía calzar dentro de la sociedad”.*

Las afirmaciones de Carlos concuerdan con los hallazgos de Quintanilla et al. (2005), quienes encontraron que las personas participantes en la investigación asocian la culpa con la creencia de haber fallado a obligaciones con alto significado familiar o social y el suicidio se ve como la forma de expiar la culpa. Carlos agrega que el no poder lidiar con la contradicción entre su homosexualidad y las demandas sociales para cumplir con el rol de hombre lo llevó a considerar el suicidio como una salida a sus problemas.

### **Diana**

En el caso de Diana, al igual que Álvaro, no identifica factores personales, más bien las dificultades eran en el plano familiar, por las discusiones constantes entre los padres y por la ausencia de redes de apoyo para ella. Sin

embargo, menciona: *“Eran momentos en que yo sentía que si yo desaparecía hubieran habido muchas cosas que no se hubieran ocasionado o hubiera habido muchas situaciones que se hubieran evitado si yo me hubiera quedado con la boca callada, si no hubiera estado ahí”.*

Esto indica que la joven se sentía responsable por lo que estaba sucediendo, situación que lastima emocional y psicológicamente, es decir que en el plano subjetivo su sentido de valía personal y su autoestima, en general, estaban debilitadas.

### **Factores familiares**

Uno de los factores comunes que se encuentra en las familias de los y las cuatro participantes, es la ausencia de una comunicación abierta, respetuosa y afectiva. Carlos ejemplifica la comunicación disfuncional de la siguiente manera:

*“Mi familia se ha caracterizado porque no es una familia problemática, lo más que pudo haber pasado y que uno diga: “tal vez el chiquillo tenga problemas psicológicos”, es que mi papá tenía episodios de tomar, pero él tomaba y ¿qué sé yo?... mañana no iba a trabajar, porque obviamente tomaba un montón y hasta ahí, no era de esos alcohólicos que tomaba dos, un mes seguido, no, nunca hubo problemas de violencia familiar. Sin embargo, yo no sé si esto está dentro del problema, no había comunicación, o sea, no estaba la libertad de que yo pudiera decir: “mami vieras que un muchacho me tocó el pene”.*

Investigadora: ¿se hablaba de sexualidad, en tu casa?

*“No. Costaba un montón, porque si yo decía... yo desde pequeñito he tenido la cuestión esta: que ¿para qué es un pene, la vagina, que para qué son? y toda esa cuestión, era muy difícil, yo me acercaba y mi mamá se ponía ruborizada y se evitaba el tema. Mi papá jamás, porque él es un hombre de esos: porque no se tiene que hablar de ese tema, Dios guarde, porque nada que ver. Y no, entonces no se podía hablar, de sexualidad no se hablaba, y si usted tenía algún problema, no era que no importara, claro que sí importaba, porque a veces uno*

*veía que sufrían al verme triste o depresivo, pero simplemente se ignoraba, no se tomaban en cuenta.*

*Imagínate que cuando yo le dije a mi mamá, que yo había sido abusado sexualmente, hasta finales de quinto año, fue cuando yo se lo dije, yo le dije: pasa esto, esto y esto, fui abusado, y mi mamá lo que dijo llorando: “Ah! era eso, ya sabía”, pero ¿cómo ya sabías? Y ella se enteró, porque como yo no podía dormir, ¿verdad? yo tenía problemas de insomnio, tenía pesadillas, etc., yo me levantaba muy asustado, y yo decía: yo necesito contárselo a alguien, entonces todas las noches me trasladaba de mi cuarto, al cuarto de mi mamá y en la esquina de la cama, yo se lo decía, pero calladito... Y yo lloraba, y ahí me desahogaba, ahí era donde me desahogaba, cuando yo se lo terminaba de decir, yo me iba tranquilo, porque sabía que mi mamá no me había escuchado, no tenía la responsabilidad de que se iba a morir y se acabó. Entonces yo ya iba tranquilo, y así se repetía una semana, dos semanas, porque así fue todo desde que yo estaba chiquitillo. Ya cuando entré a sexto grado, cuando uno entra al colegio, lo fui tratando diferente y mi mamá se enteró porque en una noche de esas cuando yo me acerqué a la cama a llorar, ella me escuchó, para mí fue muy difícil, porque yo le dije a mami, “¿cómo usted siendo mi mamá, no se volvió y me abrazó, no se volvió y me dijo nada?”... Yo no entiendo. Y todavía yo digo: bueno, lo hizo porque tal vez ella fue abusada de niña y no supo cómo reaccionar, o lo hizo porque, ¡diay! no sé, simplemente no supo cómo reaccionar ante ese momento y para mí fue tan difícil. Eso fue a los siete años, que se haya enterado hasta los 17, o sea diez años de que ella me pudo haber ahorrado, de estar yo sufriendo, de estar yo mortificándome en las noches, entonces imagínate que era tan difícil entre nosotros tener una comunicación entre nosotros, que mi mamá se guardó eso y simplemente nunca más lo volvió a tratar, ¿ves? entonces es muy difícil comunicarse entre nosotros”.*

Beatriz describe las cogniciones que se mantenían en su hogar con respecto a las distintas formas de violencia y en particular, a la forma en que ella fue violentada durante su niñez y adolescencia:

*“Yo crecí en una familia marginal, ahí el abuso no se ve como algo malo ni como un pecado, o sea, a una niña la violaron “ah! la violaron, ah!...” La pueden seguir violando incluso, que no se ve nada malo. Se ve malo si la matan o si la atropella un carro o algo así, pero si la abusan, o le gritan, o le pegan, no es malo, porque en mi familia la mujer es estimada como menos, hasta ahora se puede decir que está evolucionando un poco, porque mis sobrinos y así... yo trato que no se siga el mismo patrón. Pero todavía en mi familia la mujer es vista como menos que el hombre, por lo tanto, como yo era mujer y el abuso era hacia una mujer... no...primeramente no se sabía y después cuando se supo, lo daban como algo sin importancia”.*

Al respecto, retomando los aportes de Kaufman (1999), se ve la forma en que la organización y las demandas de las sociedades patriarcales contribuyen al mantenimiento de la violencia. Esta se ha naturalizado como una norma dentro de las relaciones humanas y ha sido posible a través de las ideologías y estructuras sociales que autoperpetúan, explican, dan significado, justifican y alimentan estas realidades creadas.

En ese contexto en el que vivía abuso psicológico, sexual y físico, sus intentos de suicidio fueron reacciones ante la sensación de impotencia:

*“Opté por cortarme las venas, pero él [el hermano] me agarró el cuchillo. Sólo me pude cortar como una parte, pero no pude trozarlas como pensaba, y yo dije: no, eso no funcionó. Después planeé colgarme de un palo, entonces cuando vieron que estaba intentando varias veces quitarme la vida, entonces ya... no me mandaron al psiquiatra, pero sí me buscaron como un psicólogo. Mis hermanos decían que yo estaba loca, que seguro tenía un problema...no sé qué... o sea, que estaba enferma, pero había una situación de abuso, de maltrato físico, emocional desde pequeña, que no podía controlar, lo sentía muy pesado, yo no lo soportaba y no había escapatoria y no tenía en ese momento con quien desahogarme, ni quien me ayudara, ni nada”.*

La familia de Beatriz constituía un factor de riesgo para conductas disfuncionales, por ejemplo, la joven señala:

*“En mi familia me demandaban que fuera una persona centrada, santa y que fuera totalmente...que ocasionara como respeto, entonces yo decía, “¿como voy a mostrar respeto, yo?”. Era como la familia, pero una persona de la familia que se portara mal, era una vergüenza para la familia, entonces me pedían a mí que fuera como una santa, y yo decía “¿como voy a ser una santa, si nunca... si me han abusado desde que estoy pequeña?, me han enseñado a que la mujer, sólo es un objeto, que sólo sirve para sexo, y si es hija, es hermana o es mamá o es lo que sea, tiene que aguantar. Yo no voy a aguantar esa situación, simplemente yo soy diferente, la actitud mía fue como una rebeldía, soy diferente, no voy a seguir un patrón de mi familia, de aguantar palo y no decir nada, la mujer cuando decía algo se le pegaba, mi papá le pegó a mi mamá cerca de 8 veces, y yo le decía algo a mi papá, también me podía pegar, o a mi hermano igual, yo decía: aquí no se puede hablar de nada, o sea la mujer no tiene ni voz ni voto, eso es como una dictadura, simplemente llevar esa cruz a la cuesta, que ha llevado toda mi familia prefiero desaparecer, entonces optaba por suicidarme”.*

Tanto Beck (1983) como Bedrosian (1988) enfatizan en el gran peso que tienen las relaciones interpersonales, en particular las relaciones familiares disfuncionales, sobre la conducta suicida de los miembros de la familia. Beatriz representa un claro ejemplo de la forma como una familia que utiliza la violencia en todas sus manifestaciones posibles puede inducir un estado de desesperanza en una de sus miembros hasta llegar a pensar repetidamente que morir era mejor que vivir en esas condiciones.

En el caso de Diana, esta señala:

*“En mi ambiente familiar, bueno, supongo que más que todo lo que me afectaba era como tal vez la relación con mis papás y con mi hermana, que bueno, ellos siempre han tenido problemas...”*

Investigadora: ¿Problemas entre ellos o entre tu papá y tu mamá con tu hermana?

*“Entre mis papás, entre ellos dos... lo que pasa es que mi hermana es como... siempre fue como muy consentida, entonces en el momento en que ella no era*

*complacida en los gustos, entraba en conflicto porque tal vez uno quería darle la otra cosa y el otro no estaba de acuerdo y ya por “X” o “Y” motivo terminaba involucrada yo y ya me sentía como en ese remolino. Tal vez eran momentos en que yo sentía que si yo desaparecía hubieran habido muchas cosas que no se hubieran ocasionado o hubiera habido muchas situaciones que se hubieran evitado si yo me hubiera quedado con la boca callada, si no hubiera estado ahí, sí... no sé, ¿me explico?”*

Álvaro, por su parte, relata que en su niñez presenció durante muchos años la violencia física de su padrastro hacia su mamá. Su madre también golpeaba a Álvaro y abusaba psicológicamente de él, pero al momento del plan suicida no había abuso activo. Sin embargo, Álvaro dice que cuando experimentaba rechazo, recordaba múltiples imágenes de agresión y eso le hacía perder el control y pensar que quería morir.

Tal como se confirmó con los resultados del cuestionario aplicado a los y las 31 participantes, mediante las entrevistas también se encontró que las familias de estos(as) jóvenes presentan dificultades en la comunicación y pobres habilidades para resolver conflictos. Al mismo tiempo, se mantienen estereotipos sexistas que someten a las mujeres al cumplimiento de los roles tradicionales o que censuran en los hombres el actuar distinto a la masculinidad esperada.

En este sentido, se encuentra que la familia no constituye un factor protector para estos(as) jóvenes. Por el contrario, las problemáticas experimentadas les colocan en posición de riesgo para la presentación de conductas disfuncionales y emociones negativas.

### **Factores sociales**

En los cuatro casos no había redes sociales de apoyo. En el momento en que se llega a considerar el suicidio no había relaciones de amistad profundas ni apoyo de grupos de la comunidad o universidad.

Por ejemplo, en el caso de Álvaro, este sufría problemas importantes en el área social, pues sus habilidades sociales eran débiles y durante su niñez y

temprana adolescencia había recibido violencia física y psicológica por parte del grupo de pares con quienes compartía en su comunidad y en la institución educativa. Todo esto influyó negativamente en su forma de relacionarse con las personas, provocando en él una tendencia hacia el aislamiento.

En este mismo sentido, señala:

*“En el [plano] social no era extremadamente introvertido, pero sí era algo, y yo quería como intentar, ser un poco mas resolutivo, como sentirme con más confianza para hablar con las personas y sobre todo con mujeres, porque ¡día!, hay gente que a uno le gusta y uno quiere hacer un intento con confianza...”*

Este joven había tenido experiencias negativas al intentar acercarse a las mujeres con las cuales había querido entablar relaciones. Expresa que se sintió muy rechazado y al respecto señala:

*“... me había pasado varias veces, entonces como que yo llevaba arrastrando ese problema, ese pensamiento y me hacía sentir realmente muy pero muy mal, lloraba mucho”.*

Agrega que también sentía deseos de quitarse la vida cuando muchos recuerdos llegaban intrusivamente a su cabeza, según dice:

*“Veía las imágenes de mi mamá donde mi papá le pegaba y veía las imágenes cuando yo era rechazado por mujeres, veía las imágenes cuando tenía unos amigos que no eran tan amigos porque ¡día! a final de cuentas terminaban golpeándome o agredéndome, sobre todo me acordaba más de las palabras que ellos me decían, entonces de alguna manera no sabía cómo... cómo separarlos y todo venía de un solo... a veces estaba tranquilamente y de repente venían todos los pensamientos y no era fácil quitárselos, y eso es lo que me pasaba”.*

De esta forma, contrario a lo indicado por Zalsman et al. (2006) con respecto a que las conexiones positivas con la familia y la escuela, las expectativas del padre y la madre con respecto a comportamiento y desempeño académico y un grupo de pares sano, no desafiante, son factores protectores contra la depresión y el suicidio, Álvaro enfrentaba violencia psicológica y física

tanto en su casa como en los ámbitos comunitario y académico estas relaciones constituían factores de riesgo para la presentación de conductas suicidas.

En el caso de Diana, se corrobora también que había limitadas relaciones sociales y no se contaba con personas a las que pudiera acudir para hablar sobre sus problemas, en este sentido afirma:

*“Bueno... esos pensamientos más que todo digamos que, aunque suene muy loco me vinieron como en la temprana adolescencia. Bueno, esa era una época en la que yo me pasaba como muy... personalmente como muy digamos sin niños de mi edad, si se pueden llamar niños todavía. En aquel entonces yo pasaba prácticamente con adultos todo el día. ¿Qué pasa? que yo a esa edad pasaba prácticamente todo el tiempo metida entre problemas de adultos, entre discusiones de adultos, entre conflictos de adultos, entre cosas que vienen arrastrando los adultos, entonces no, no, no... aparte de que no sentía la confianza para hablar de eso con nadie, no tenía gente de mi edad con la que me sintiera más a gusto, yo pasaba en medio de muchas discusiones que tal vez ni siquiera me competían a mí”.*

Diana agrega además que:

*“En mi época escolar y colegial, pues la verdad es que nunca encajé bien con la gente con la que yo estaba, siempre tuve problemas, siempre fui la persona con todos los apodos del aula, siempre tuve como esa presión social de sentir a toda el aula encima mío”.*

En este sentido, tal como sostiene Reinecke (1994) en lo referente a las creencias de las personas con depresión, los pensamientos de Diana están fuertemente influenciados por sus experiencias sociales, desarrollando actitudes disfuncionales según el contexto social en que se desenvuelve. De esta manera, las dificultades sociales incrementan sus sentimientos de alienación y le dan nueva evidencia de que los otros le rechazan (Reinecke, 1994).

En cuanto a Beatriz, también se confirman las escasas relaciones sociales y redes de apoyo cuando señala:

*“Yo tenía como doble cara, o sea, frente a las amistades me portaba como una persona sumamente feliz, amable, vacilona, fiestera... promiscua también y con mi familia, andaba siempre alejada, me agarraba a cada rato, gritaba y cosas así, pero afuera, era como una división, afuera era una persona feliz, contenta, fiestera y en la casa era totalmente lo contrario: amargada, chichosa, llena de problemas. Entonces era como doble cara, mis amistades de afuera nunca supieron nada de lo que me pasó, porque nunca se los conté, yo decía “eran amistades”, no son amigos ni amigas”.*

Asimismo, cuando se le consulta si las demandas de los roles sociales influyeron en su comportamiento suicida, señala:

*“Sí, porque se había repetido el patrón, en mi casa, mi abuela fue marginada, maltratada, mi mamá, mi hermana, y yo era la cuarta, entonces ya había visto un patrón, que el hombre daba vuelta, le pegaba, la maltrataba, la violaba, lo que sea y tenía que aguantar la mujer, yo dije: yo no pienso seguir la misma historia de mis ancestros, de mi mamá de mi hermana y de mi abuela, yo prefiero quitarme la vida, antes de aguantar todo ese tipo de cosas, de que me peguen, de que me den vuelta, de que me maltraten, no no no, yo prefiero quitarme la vida, dije, porque yo ya había visto un patrón que se repetía”.*

Por su parte, Carlos dice:

*“Yo siempre fui el chiquillo muy estudioso, entonces la gente se me acercaba mucho a eso, siempre estaba rodeado de personas, no eran amigos sinceros, que uno dijera, “es un amigo entrañable”, hasta que llegué a la universidad que conocí a Ana María y otras chiquillas más de por ahí, que para mí sí fueron muy muy amigas, porque siempre estuvieron ahí. Por cuestión de amistad no hubo ningún problema, porque con tal de no estar solo, con tal de no estar viviendo eso, yo siempre busqué como esa estrategia de tener a alguien”.*

Sin embargo, señala dificultades en el área de relaciones de pareja, según dice:

*“Donde sí siento que se me hizo fatal, es en las relaciones amorosas, de pareja, porque yo novia nunca tuve, por lo mismo, porque yo decía: yo no puedo*

*estar con una mujer. Me daba un beso con una chica y yo no sentía nada y con hombres nunca pude tener nada, porque a mí me daba temor, porque decía: si yo me voy a meter con un hombre, eso es malo, en el sentido religioso, porque en sentido social no se acepta, etc., entonces ahí es donde está horrible, porque yo hasta los 19 años, fue donde más me solté, como que más me atreví a acercarme a alguien.” Yo siempre andaba con la idea, pero en el momento que yo dije, ya es hora, yo ya iba decidido, iba decidido, porque fue cuando conocí a un muchacho, y este muchacho me dejó.”*

Investigadora: ¿tu primera relación de pareja?

*“No de pareja de que fuéramos novios. Fue una relación muy extraña, porque en realidad no tuvimos ningún compromiso. Sin embargo yo me volvía loco cuando lo veía, entonces, si se habla de amor, tal vez yo siento que yo me enamoré. Entonces no hubo nada serio, pero en el momento que él me dijo que no nos podíamos ver más, eso fue fatal, porque yo dije: me estoy atreviendo a salir del closet y no puedo...”*

Investigadora: ¿a que edad fue eso?

*“En el 2005, cuando tenía yo 19 años, ahí fue cuando yo dije: no es posible, no voy a poder vivir sin él, porque yo me sentía muy acompañado, yo sentía que ya alguien me podía entender. Antes de él si habían otras experiencias con otros hombres, pero simplemente fue como físico, fue como experimentar, ¿qué se sentirá tener un beso de un hombre?, ¿qué se sentirá tocar otro pene?, -que siempre era lo que yo deseaba-, fue simplemente físico, pero cuando yo ya llegué a involucrarme con él sentimentalmente, que yo decía que lo quería, cuando no funcionó, ya dije: es que no tengo nada por qué vivir. Yo ahora lo veo tonto, porque obviamente nadie se tiene que matar por otra persona, pero esa fue tal vez, de todas las que lo quise hacer, la que estuve más decidido, pero no me atreví, por lo mismo, por lo que le estaba comentando antes” (refiriéndose al miedo y la melancolía que le impedían suicidarse).*

Al respecto, Reinecke (1994) aporta que se ha encontrado evidencia clara de que los eventos vitales estresantes como problemas legales o laborales, eventos sociales humillantes, la pérdida reciente de un ser querido y los cambios

de residencia, se asocian con un incremento en el riesgo de suicidio, tal como sucedió con Carlos ante la pérdida de un ser querido.

En igual sentido, en lo correspondiente a la orientación sexual, se rescatan los aportes de García et al. (2002) quienes refieren que estudios recientes han encontrado que los homosexuales jóvenes, tanto hombres como mujeres, tienen un riesgo incrementado de ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio consumado con respecto a sus iguales heterosexuales.

Por otra parte, una variable de gran relevancia en esta investigación, es la influencia del sistema patriarcal sobre el comportamiento suicida de los hombres y las mujeres. Se indagó acerca de los esquemas mentales que se tienen con respecto a los roles sociales y su influencia sobre las cogniciones y las conductas. De esta manera, ante la pregunta ¿qué creen acerca de los roles que la sociedad asigna a los hombres y las mujeres, las respuestas muestran que los y las entrevistadas reconocen la división de roles por género y aunque afirman no coincidir con la misma, sus pensamientos y conductas sí coinciden con lo esperado según la sociedad patriarcal.

Los hombres reconocen que los roles les colocan en una posición de poder, de supuesto control sobre sus sentimientos o al menos necesidad de control sobre la expresión de los mismos. Álvaro señala:

*“Son roles muy distintos en cuanto a la expresión de cada uno, el hombre: por ejemplo yo veía que a mi hermana le pegaban o a una muchacha, un fajazo o algo así, ella podía llorar pero diay si yo hacía eso me decían que aguantara como un hombre, mi mamá (el entrevistado enfatiza) era la que me decía eso, que no llorara, que no fuera maricón y no lo he visto solo conmigo, lo he visto hasta en la calle a veces cuando “ya cálese güila” no sé y si es una chiquita la que llora, como que tiene un poco más permiso, entonces el hombre se hace más introvertido y la mujer más extrovertida en ese aspecto, desde el punto de vista de los sentimientos, de la expresión de sentimientos.”*

Tal como afirma Kaufman (1999), los hombres tienden a reprimir sus emociones y a confundir cualquier sentimiento displacentero hasta convertirlo en ira. En este sentido, Álvaro ejemplifica:

*“Definitivamente, en el caso mío, yo lo que hacía era aguantar mucha cólera, pero se me quedaba todo adentro porque yo decía: si trato de hablar algo con alguien seguro va a pensar “ese mae sí es llorón” o va a decir: “¿no se puede aguantar un poco más?” o “esas son cosas que pasan todos los días en la vida a las personas”. A pesar que uno sabe que eso es normal, uno siempre necesita hablar con alguien o necesita en este caso, que yo vine aquí a psicología para atender los problemas que tenía”.*

Al igual que Álvaro, Carlos siempre ha tenido claridad con respecto a lo que se espera de él como hombre y, en gran parte, esta ha sido para él la fuente de sus problemas, al saber que no puede cumplir con los roles que la sociedad le demanda como hombre (según dice, por ser homosexual) llegó a considerar que era mejor suicidarse y, al respecto, indica:

*“Considero que no deberían existir roles, tal vez porque ahora estamos en una sociedad en que todo el mundo tiene las mismas oportunidades de surgir, más bien lo que pasa con esos roles es que permiten crear estereotipos. Al existir ese rol de que tienes que ser hombre y tienes que cumplir con ciertas cosas, generalmente muchas personas nos lastiman, me incluyo, porque como yo nunca he calzado como el hombre perfecto, o el rol de hombre que la sociedad ha establecido, entonces a veces como que es cruel, como que te lastima”.*

Carlos continúa agregando con respecto a lo que socialmente se espera de los hombres y las mujeres:

*“Socialmente [el hombre] es aquel ser humano que tiene una mujer, que va a trabajar, que tiene ciertos comportamientos y otros que no puede tener, como tener mucha cercanía con otro hombre, realizar ciertos trabajos, por ejemplo, un hombre que le guste mucho hablar de moda o de peinados, de maquillaje, entonces ya es mal visto, ya no es un hombre correcto, verdad? Inclusive el hombre al que le gustan los hombres ya no es hombre porque para la sociedad el hombre es el que está con una pareja femenina.*

Esto es explicado por Facio y Fries (s.f.), quienes apuntan que de los hombres latinoamericanos se espera que sean racionales, productivos,

agresivos, mientras que de las mujeres latinoamericanas se espera dulzura, sensibilidad, pasividad, por lo que no pueden ser agresivas, fuertes o independientes. Además, se asume que la presencia de esas características implica la ausencia de su contraparte. De esta forma, la presencia de racionalidad significa ausencia de emotividad y la presencia de sensibilidad conlleva ausencia de objetividad, entre otros múltiples ejemplos.

Carlos continúa exponiendo su percepción acerca de los roles, argumentando: *“... el rol de la mujer se ha pensado por ejemplo que no puede dedicarse a ciertos trabajos o que tiene que estar muy metida dentro de la casa. Sin embargo, esos roles ya se están rompiendo. Ya no se ve tanto ese machismo de que la mujer no puede trabajar. Ahora a como está la situación económica, la pareja, tanto hombre como mujer tienen que trabajar pero yo creo que todavía hay ciertas pinceladas, ciertas cositas que uno dice: mirá todavía está ese machismo, todavía el rol de que la mujer tiene que estar dentro de la casa o de la mujer que no puede hacer ciertos trabajos, todavía se mantiene pero muy poco. Creo que estamos en el proceso de evolución y que ya va a llegar el momento en que todos seamos iguales.*

En este sentido, se simplifica la desigualdad y la opresión que afrontan las mujeres de distintos grupos étnicos, clases sociales o grupos étnicos en los múltiples ámbitos de su desempeño cotidiano, visualizando la incorporación al campo laboral como reflejo de igualdad y equidad.

Esto alude a que la internalización de los mandatos del sistema patriarcal es tan sutil y está encubierta en los intercambios cotidianos, que las personas no perciben las situaciones que se están presentando. Por esto se obvia el resto de condiciones discriminatorias en que se desenvuelven cotidianamente las mujeres al concentrarse en el ámbito del trabajo remunerado.

Esto también es evidente en el caso de Beatriz, quien en su discurso proclama la igualdad de género, pero en realidad mantiene los estereotipos. Por ejemplo, cuando se le consulta qué opina acerca de los roles asignados por género, indica:

*“Están como un poco distorsionados, el hombre, el rol, es el varón el que tiene que guiar la... mantener la familia y todo eso -en eso estoy de acuerdo-, pero la parte donde tiene que ser machista, donde desde pequeño se le dice “usted no llora porque es hombre” esa parte estoy totalmente en desacuerdo. Y la mujer el rol está bien, que es madre, es esposa, pero cuando se le estigma que tiene que ser la que aguanta las infidelidades, la que aguanta que le peguen, esa parte no”.*

Este argumento confirma los hallazgos de la primera fase, pues aunque algunos(as) jóvenes creen que no guían su vida según estereotipos, sí tienen internalizados algunos, por esto es que diversas propuestas feministas como la de Elisabeth Badinter (2003) sostienen que la concientización no debe provenir únicamente de los hombres, sino también de las mujeres que han internalizado una filosofía de vida, una forma de ver el mundo, acorde con los principios patriarcales que hemos vivido durante toda la historia de la humanidad. Esto significa que debe darse una lucha conjunta, indiscutiblemente ardua y prolongada y el cambio de conciencia debe dirigirse hacia una transformación en la división del trabajo y en las instituciones sociales: el Estado, la iglesia, la escuela, las entidades financieras, el sistema jurídico, el lenguaje, la historia y la familia.

Por su parte, Diana reconoce con respecto a la asignación social de roles:

*“Yo siento que es a veces un poco hipócrita porque en los últimos tiempos se dice que las mujeres tienen que ser igual a los hombres, pero por un lado hasta cierto punto se sigue estigmatizando mucho la figura de la mujer y hasta los hombres aprenden, o sea, hay ciertos hombres, no puedo generalizar, algunos de ciertas edades que ya tal vez tienen una mentalidad machista muy metida que tienden a utilizar eso como doble sentido, porque en algún momento digamos como que siguen usando los estándares de machismo de que las mujeres son para cocinar, que son malas manejando, que solo están metidas en la casa, que aquí, que allá, pero por ejemplo, cuando ellos tienen que asumir la responsabilidad de ser los caballeros, por decirlo así, siento que se hacen los locos porque dicen que las mujeres tienen los mismos derechos. ...siento que a*

*pesar de que es una lucha por igualdad siempre quedan residuos de la división e inclusive se utilizan esos nuevos intentos de dar igualdad, para aprovecharse, siento que va a ser muy difícil que llegue el día en que de verdad la sociedad trate con igualdad tanto a hombres como a mujeres.”*

Estos argumentos muestran la forma en que las cogniciones de los y las participantes están influenciadas por los estereotipos sexistas que se transmiten socialmente de manera tácita o explícita, pero que son asumidos como “naturales”, al punto de no tener conocimiento consciente de que se está actuando o pensando en función de esos estereotipos o demandas sociales.

### **Factores protectores**

Diana identifica algunos factores que le ayudaron a decidirse a vivir:

*“Me imagino que yo pensaba eso [refiriéndose al suicidio] cuando pensaba en los demás, pero cuando pensaba en mí misma era como... ya empezaba a reaccionar más, donde pensaba en que estaban ellos con sus conflictos, pero yo tenía mi vida aparte, que yo tenía mis cosas que a mí me gustaban... o sea, que yo tenía gustos, que tenía sueños, que tenía ambiciones, por decirlo de esa manera, que quería cosas por cumplir. En el momento en el que yo separaba lo que pasaba con ellos, con mi vida propia, por decirlo de esa manera, era donde yo tal vez ya reaccionaba. Ese siento que es el momento en el que ya yo ponía esa idea por aparte”.*

Por su parte, Carlos dice:

*“Lo que me permitió seguir viviendo fue eso, ir a las terapias y que la persona me ayudara a descubrir que yo tenía realmente un motivo, un propósito y un valor. El que me hayan abusado no implicaba que no podía seguir viviendo, ese es un acontecimiento del pasado, ya pasó. El que sea gay, no implica que yo no pueda seguir viviendo, y que obviamente me puedo desempeñar dentro de la sociedad, que igual no es tan aceptado, tal vez no tenga la apertura de decir a los cuatro vientos, salir de la mano con un hombre, como un hombre y una mujer acostumbran salir, pero es cuestión de adaptación y aceptarme tal cual soy y es suficiente. Creo que fue esa situación, el poder venir con una persona adecuada,*

*que me haya ayudado, tal vez las ganas, pero yo ya estaba como harto, yo ya estaba decidido a ... o sea ¡qué pereza andar llorando todo el tiempo!, ¡qué pereza andar con una mascarita de alegre todo el tiempo y llegar a la casa a morirse encerrado en un cuarto!, tal vez fue que me harté y la persona más adecuada fue la que me ayudó”.*

Para Beatriz, el apoyo que recibió de una amiga y de su mamá fue el factor que la ayudó a recapacitar. El siguiente extracto de su entrevista ejemplifica ampliamente la relevancia de las redes de apoyo:

*“Primeramente, como yo andaba en esa vida, verdad, que era muy promiscua, muy fiestera, era muy viciosa, tomaba licor y todo eso, se acercó a mí una amiga, yo la consideraba una conocida. Se acercó y me dijo: usted no anda muy bien, yo sé muy bien que usted es muy promiscua y todo eso, no vengo ni a acusarla ni a tacharme yo de santa ante usted, porque esa no es mi intención. Empezó como a acercarse a mí, empezó como a hablar conmigo, a dialogar. Al principio yo le tiré la puerta en la cara, pero ya ella siguió llegando, entonces como que empezó a hablarme y yo empecé a ver como que tenía razón en lo que hablaba. Ella era cristiana y todavía es cristiana, empezó como a hablarme de Dios, “¡ni me lo miente!”, no quiero saber nada de Dios, porque si Dios existe ¿por qué permitió que me pasara esto? Y también yo agarré ese comportamiento para llevarle la contraria a mi familia, porque mi papá quería que yo fuera una santa, entonces yo hacía lo contrario, por llevarle la lata, porque los hombres de la casa que me abusaron, ¿cómo quieren que sea santa? Entonces yo llevaba un comportamiento como de desquite, querían que fuera santa, que fuera una santa paloma y era al revés, yo era lo contrario. Ella no sé si intuyó que algo no andaba bien, y se acercó como una amiga, y después mi mamá empezó a preocuparse por la situación. Al principio mi mamá tomo una actitud como de pegarme y todo eso, pero vio que no sirvió, que por más que me pegaba yo seguía peor, entonces mami buscó como consejería, “cómo la ayudo para sacarla de ahí”. Entonces fue ahí donde le empezaron a explicar: “su hija no tendrá una situación que la esté molestando de atrás?” y mami no sabía, cuando eso, entonces mami empezó a acercarse no como*

*madre, esta vez, porque como madre vio que no le sirvió, empezó a acercarse como amiga, entonces entre mi mamá y esta amiga, empezaron como no a acusarme, sino a tratar de llegar como amigos”.*

La situación de Beatriz podría entenderse con los aportes de Lagarde (1992), quien señala que en el caso de las mujeres, su sexualidad está escindida, pues su cuerpo se divide en dos categorías: la materna y la que satisface las necesidades eróticas de los demás y estas dos funciones no se mezclan. Las mujeres son preparadas socialmente para vivir la sexualidad procreadora, mientras que la erótica se convierte en la parte negativa, caso contrario a los hombres, para quienes la sexualidad erótica es su eje principal y positivo.

De esta manera, se interpreta de forma negativa el que Beatriz acceda a comportamientos que socialmente se consideran masculinos, como el tomar licor, el ir a fiestas o el mantener relaciones sexuales. Incluso la joven asume el discurso social y se califica a sí misma con los términos “fiestera” y “promiscua”, reafirmando la polarización de los estereotipos de las mujeres como “santas” o como “promiscuas”.

Asimismo, la visualización de la mujer como objeto sexual se ejemplifica con las demandas del padre y el hermano, quienes se consideraron con derecho a abusarla sexualmente, pero que la juzgan de forma negativa cuando ella decide acceder a una sexualidad con consentimiento.

En este sentido, los aportes de Lagarde (s.f.) permiten comprender lo que sucede con el padre y el hermano en relación con Beatriz, al explicar que las normas sociales tienen el poder de controlar la sexualidad femenina, haciendo que las mujeres no tengan control sobre sus cuerpos y sus vidas; y si no cumplen con los deberes asignados por su condición femenina, se verán enfrentadas a la exclusión, el rechazo, la desvalorización y el castigo.

En el caso de Álvaro, cuando se le pregunta qué lo hizo optar por la vida, responde:

*“Hoy día? Que veo las cosas más claras de lo que yo quiero, es decir, si en algún momento pensé: si no voy a ser esto, me mato, ahora pienso que la*

*vida sigue, que la vida sigue y el solo hecho de intentarlo aunque sea más de una vez, pero de verdad intentarlo, eso le da a uno más confianza y valor y valorar más las cosas que uno hace por sí mismo. ¿Intentarlo en qué sentido? En el caso mío que intento ir a hablar con algún profesor para un proyecto y aunque no sea la universidad, no importa, yo lo hago, porque...antes no lo hubiera hecho! Es decir, antes no valoraba las cosas que yo tenía como persona o al menos no las valoraba como las valoro ahora, pero todo fue por un debido proceso ¿verdad? es decir, si yo no hubiera venido aquí antes y no hubiera decidido tener atención, tal vez estuviera igual o peor”.*

Álvaro rescata algunos aspectos que lo ayudaron a optar por vivir, entre ellos señala:

*“... a mí me gusta mucho mirar la naturaleza y todas esas cosas ¿verdad?, entonces a veces, díay las cosas más simples que uno ve en el camino cuando andaba en bicicleta, o a veces cuando estaba corriendo y se estaba ocultando el sol, o a veces cuando estaba corriendo en la playa... yo decía: cómo es posible que yo piense esas cosas si vea, ¡díay! lo que Dios me da a mí, no, bueno, no a mí, a todos y que siempre tenemos una segunda oportunidad. Algunas veces no me la quise dar, pero al final de cuentas sí me la dí. Otras cosas, es que eran momentos cuando a veces uno se reía con unos compañeros y si llegaba uno a tomarse un café, entonces yo lo atendía o yo llegaba a visitar a algún compañero y me atendía igual, a tomar café. Cuando me llamaban para ir a jugar bola, cuando alguna compañera se sentía mal y me contaba las cosas de ella, fueron cosas así que yo las tomaba mucho en cuenta. Yo... hacían que me sintiera muy bien... entonces poco a poco esos factores como que me fueron modelando la mente, digamos, o sea, ser un poco más positivo”.*

### **Estrategias de afrontamiento**

Las estrategias de afrontamiento activas son importantes factores protectores de las conductas suicidas. En este apartado se incluyen las apreciaciones de los y las participantes acerca de cómo enfrentan las

dificultades. Algunos señalamientos son negativos, pero esto se debe a que contrastan las estrategias utilizadas antes del proceso terapéutico con las que emplean después.

En este sentido, se confirma que en todos y todas se encuentran estrategias activas funcionales, pero también las dos mujeres y los dos hombres en ocasiones tienden a la evasión de los problemas, con la actitud de que se resolverán solos.

Así, por ejemplo, Álvaro antes de la terapia se aislaba. Veía televisión para no pensar en los problemas. Luego empezó a ejercitarse, a hablar más con la gente, con los compañeros y a integrarse en los partidos de fútbol cuando lo invitaban.

Asegura que ahora ha aprendido a controlar el pensamiento para cambiarlo por pensamientos positivos. Busca libros o artículos en Internet y material de psicología que lo ayude a mejorar.

Beatriz dice que ella tiende a hablar con alguien, como su mamá o una amiga. También lee la Biblia y libros de autoayuda. Igualmente acepta que a veces hace otras actividades distractivas.

Carlos, al igual que Álvaro, separa sus estrategias en “antes y después” de la terapia. Dice que antes lo que hacía era callarse el problema, esperando que pasara, ahora habla con la mamá o con su mejor amiga. Sin embargo, aún en la actualidad realiza actividades para distraer su atención del conflicto que le aqueja. Por ejemplo, concentrarse atentamente en asuntos de su trabajo y salir con sus amigos (pero no habla de los problemas, más bien trata de olvidarlos).

Dice que actualmente se pone metas para solucionar sus problemas: *“... como tengo dificultad para dormir, entonces tomo ese pedacito de tiempo para pensar cómo solucionar ese problema”*.

Investigadora: ¿y te funciona?

*“En muchos casos sí, porque voy planeando y lo aplico y funciona porque más o menos pienso cómo voy a reaccionar, no voy a buscar una solución a la ligera, voy, pienso lo que pasa y con el consejo que se me da, ahí voy construyendo una solución que trato de aplicar”*.

Diana afirma que ante los problemas ella tiende a aislarse pues no tiene gente de confianza con quien hablar y señala: *“...cuando es algo así, que tal vez sí me afecta, pero no es como tan profundo, pues sí tiendo a hablarlo con una o dos personas, pero cuando es algo serio, lo que hago nada más es como aislarme y tratar un poco de respirar y esperar a que pase, nada más, porque no... no cuento como con mucha ayuda madura al respecto”*.

Lo anterior representa un factor de riesgo, pues cuando enfrenta problemas más serios es cuando recurre a la evasión, porque al igual que los otros participantes, esta joven tiende a buscar otras actividades para distraerse, con el estudio o tejer. Sin embargo, en otro momento de la entrevista asegura:

*“...entonces yo aprendí, que muchas veces lo que piense la gente no es... uno no se va a morir porque la gente a usted no lo acepte como es, o porque la gente espera que usted haga tal cosa, o actúe de tal y tal manera, y en base a todo lo que yo pasé, en base a todo lo que me hicieron, en base a todo eso, yo llegué a tener mucho carácter en ese sentido, bueno sin atropellar a la gente, ese es otro asunto por aparte, yo actúo de tal y tal manera, me gustan esas cosas, esas no me gustan, y va a haber mucha gente que no me va a aceptar, está bien, pero así como hay gente que no me va a aceptar, va a haber gente que me va a querer tal y como soy y eso es lo que importa. Por todo eso que yo viví, yo aprendí que por más que me exijan que sea de tal manera, por más que me intenten imponerme un estándar, pues sí, habrá cosas a las que sí me adaptaré, pero llegará un punto en el que ya no...va a surgir tanta presión sobre mi, lo que la gente espera, o lo que la gente quiera o los roles que la sociedad trate de imponerme”*.

Esto denota que en la actualidad Diana ha aprendido nuevas formas de afrontamiento cuando se le presentan dificultades y que ha fortalecido su sentido de valía personal al reconocer que no es indispensable ser aceptada por todos y todas, y por tanto no debe responder a los estándares que se le impongan socialmente.

Las estrategias de afrontamiento son un factor protector importante, pues actúan como una defensa contra la idea de indefensión ante los problemas y

permite que las personas se enfoquen en la búsqueda de soluciones y no en las dificultades por las que atraviesan.

En el caso de los y las entrevistadas, no es posible asegurar que tengan estrategias firmes que les protejan, pues en ocasiones tienden a aislarse en vez de recurrir a estrategias activas funcionales.

Sin embargo, sí es notoria la división que Álvaro, Carlos y Beatriz hacen explícitamente del “antes y el después” de la terapia. Antes tendían a la evasión y ahora recurren a estrategias funcionales, la mayoría de las veces. Esto muestra que el proceso terapéutico favorece el aprendizaje y uso de herramientas que les permiten enfrentar los problemas cotidianos. Igualmente Diana señala cambios en su forma de lidiar con las demandas sociales que antes le causaban conflictos internos, no obstante, no menciona directamente que esto sea producto de la terapia.

En todo caso es necesario rescatar que los y las consultantes reciben atención en un marco de psicoterapia breve, el cual comprende aproximadamente entre 12 y 25 sesiones. En el caso de Carlos, recibió siete sesiones, Diana recibió 23, y Beatriz y Álvaro recibieron 34 y 40 sesiones respectivamente. Estos últimos dos casos se extendieron por la complejidad de problemáticas que se debió abordar.

## **Capítulo V**

### **Conclusiones**

Con fundamento en el objetivo general y los objetivos específicos de este estudio y considerando los hallazgos arrojados mediante el uso de los diferentes instrumentos que se aplicaron, se presentan las conclusiones que se detallan a continuación.

El estudio efectuado permitió reconocer que existen algunas diferencias de importancia entre las circunstancias que viven los hombres y las que viven las mujeres, (como el tipo, frecuencia y características de la violencia que sufren) en los planos personal, familiar y social. Lo cual hace que en cada caso, distintos factores puedan convertirse en protectores o predisponentes para la depresión y las conductas suicidas.

En cualquier sentido, es necesario reconocer que cada participante es un sujeto particular con una historia propia y que las conductas suicidas se contextualizan en esa historia en un momento determinado. También en interjuego con diferentes variables personales, familiares y sociales que son percibidas, interpretadas e interiorizadas idiosincráticamente.

#### **Factores personales**

Son aquellos elementos propios del sujeto que se convierten en aspectos positivos o disfuncionales, los cuales permiten u obstaculizan el alcance de sus metas de vida. Incluyen abuso de alcohol y drogas, distorsiones cognitivas, práctica de actividades recreativas y deportivas, proyecto de vida, estrategias de afrontamiento ante los problemas, habilidades sociales, valores espirituales y trastornos médico-psiquiátricos.

#### **Factores predisponentes**

Por factores predisponentes o precipitantes se entienden aquellos que actúan como un aliciente para la conducta disfuncional, es decir, que la disparan

en los momentos de crisis. Son los factores de riesgo que comprenden experiencias o eventos que hacen más probable que se complete el suicidio. En esta investigación se detectaron los siguientes:

- Tal como muestran los aportes de Kaufman (1999), Lagarde (1992, 1996, 1997) y Salas (2005), entre otros autores y otras autoras con perspectiva género-sensitiva o desde un enfoque feminista, el sistema patriarcal promueve la diferenciación entre las actividades que pueden y deben realizar los hombres y las mujeres. Este estudio comprueba que así como se ha incentivado socialmente, los varones tienen mayor participación en actividades deportivas y recreativas que las mujeres, lo cual es protector para ellos y de riesgo para ellas, por no contar con factores que les alejen del aislamiento, diversifiquen sus actividades y amplíen sus recursos de intercambio y apoyo social.
- En las mujeres se identifica una percepción más negativa acerca de la influencia que tienen las exigencias académicas, laborales o tareas del hogar sobre su bienestar emocional. Esto se explica en un sistema patriarcal en el cual las mujeres se ven inmersas en ambientes donde se demanda un alto desempeño de su parte, y donde deben cumplir con dobles y triples jornadas de trabajo. Esto se refleja en cansancio físico y emocional y finalmente socava su bienestar emocional.
- En concordancia con la literatura sobre el tema, tal como plantean Beck (1993, 2003) y Reinecke (1994), se confirmó que en el área de habilidades sociales, los y las jóvenes presentan dificultades para socializar. Asimismo, se presenta en ambos sexos, una tendencia a realizar actividades individuales y a recurrir al aislamiento.
- El 100% de la población participante ha presentado o presenta síntomas depresivos, lo cual constituye un importante factor de riesgo para la presentación de conductas suicidas. Pues tal como es señalado por Reinecke (1994), aproximadamente el 80% de las personas que han emitido alguna conducta suicida presentaba depresión en ese momento. En el estudio se corrobora que los y las participantes, al pasar por un

estado depresivo y emitir conductas suicidas, mantenían una triada cognitiva negativa, propia de las personas que padecen depresión, sintiéndose con poco valor como seres humanos, percibiendo negativamente el mundo y sin posibilidades de tener un mejor futuro. En este sentido, se comprueban los aportes de Bedrosian (1988), pues señala que cuando la persona se ve con poca valía, al mundo y a su familia como carentes de apoyo y oportunidades y al futuro sin esperanza, entonces el suicidio se llega a visualizar como una solución.

- Un porcentaje mayor de hombres que de mujeres presenta depresión al momento de realizar este estudio, hecho contrastante con la literatura que afirma que las mujeres padecen depresión en mayor porcentaje que los varones (Depression and Bipolar Support Alliance, 2009). De acuerdo con Moller-Limkuhler (2003), esto se explica en parte porque los padecimientos en los hombres son menos visibilizados y contabilizados, pues estos acceden en menor cantidad a los servicios de salud y en especial a los servicios de atención psicológica. Además de que han aprendido a ocultar muy bien los sentimientos negativos que socialmente son considerados femeninos, entre esos, la tristeza.
- En los hombres se observa mayor presencia de distorsiones cognitivas que en las mujeres, en particular, lo que Reinecke (1994) rescata acerca de la llamada Visión de Túnel, porque al encontrarse frente a problemas que afectan sus vidas, no pueden ver más allá de los mismos para buscar soluciones. Por el contrario, caen en las distorsiones cognitivas maximización y polarización y consideran que el suicidio es la única salida.
- El consumo de drogas no representa un problema de gran magnitud para esta población. Su uso es poco frecuente y en bajas cantidades, principalmente en asociación con celebraciones o reuniones con su grupo de pares. En el presente se identifica una amplia disminución en el consumo, en relación con el pasado. No se identificó correlación entre consumo de drogas e ideación suicida.

- En lo que respecta a ideación suicida, el porcentaje de hombres que la ha presentado es muy similar al de las mujeres, hallazgo que concuerda con la literatura mundial. Las situaciones que llevan a los varones a pensar en el suicidio son en primer término, la consideración de que los problemas que tienen no se pueden resolver y en segundo lugar, un autoconcepto negativo. En cuanto a las mujeres, en primer lugar se encuentran las experiencias de intenso malestar emocional, en segundo término, los problemas que se cree no poder resolver y en tercer lugar un autoconcepto negativo. Se comprobó que todos los y las jóvenes que emitieron una conducta suicida, se enmarcan en la categoría de suicidio desesperanzado, de acuerdo con la clasificación de Freeman y Reinicke (1993, cit. por Reinecke, 1994). Estos(as) llegaron a considerar que su sufrimiento era intolerable y que no había esperanza de una mejoría, presentaban un intenso sentido de invalidez e impotencia que los empujaba hacia el intento de suicidio.
- Los hombres y las mujeres, en igual porcentaje, han llegado a tener un plan sobre cómo se suicidarían, pero el número de mujeres que lo ha intentado es el doble que el de los varones, lo cual concuerda con las investigaciones consultadas. La edad del primer intento de suicidio es significativamente más temprana en las mujeres que en los varones.

### **Factores protectores**

Los factores protectores son los que protegen e impiden que las personas opten por conductas disfuncionales. El estudio detecta los siguientes:

- La autoestima elevada es un factor protector en ambos sexos. Sin embargo, las mujeres participantes presentan en general una autoestima más fortalecida que los varones, con elevados porcentajes de satisfacción consigo mismas. Esto a excepción del rubro autoimagen, en el cual tanto hombres como mujeres presentan valores significativamente más bajos que en los otros aspectos propios de la autoestima. Lo anterior es fácilmente comprensible si se toman en consideración los

aportes del feminismo, que develan el ideal de hombre y de mujer impuesto por el sistema patriarcal, ideales imposibles de cumplir por la gran mayoría de seres humanos (Kaufman, 1999, Lagarde s.f.). Se encontró además que la autoestima elevada en las mujeres, en especial los rubros de autoconfianza y autocontrol, les lleva a enfrentar con perseverancia sus responsabilidades, aunque las mismas les imponen un alto costo emocional. Esto podría responder a que el sistema patriarcal exige de las mujeres el cumplimiento de múltiples responsabilidades en todos los ámbitos y estas llegan a internalizar las demandas y mandatos como algo que deben cumplir a cualquier costo. En este sentido, lo que constituye un factor protector, puede llegar a convertirse en un factor de riesgo.

- Las mujeres utilizan más estrategias de afrontamiento activas que los hombres, aunque esto se contradice con el hecho de que lleven a cabo más conductas suicidas, situación para la cual no se encuentra respuesta en esta investigación.
- En lo referente a proyecto de vida, tanto hombres como mujeres tienen metas por alcanzar. En cuanto a la claridad de lo que quieren hacer con sus vidas, las mujeres tienen ventaja sobre los varones.

### **Factores familiares**

Los factores familiares se refieren a los elementos propios de la dinámica familiar que inciden sobre el bienestar o perjuicio de sus miembros. Aquí se incluyen las habilidades comunicacionales y de resolución de conflictos, el tipo de vínculos entre los miembros de la familia, las problemáticas que aquejan al grupo familiar (violencia, drogas, dificultades económicas) y trastornos médico-psiquiátricos.

### **Factores predisponentes**

En las familias de los y las participantes se perciben los que se detallan seguidamente:

- Se encuentra que estas familias presentan problemáticas complejas como el abuso físico, psicológico, sexual, alcoholismo y un sistema de comunicación disfuncional que en algún momento actuaron como detonantes en la aparición de las ideas, el planeamiento o la conducta suicida. Tal como afirma Beck (1983), las relaciones interpersonales disfuncionales pueden llevar a las personas a entrar en un círculo vicioso de negatividad. En este sentido, es relevante rescatar las ideas de Bedrosian (1988), quien señala que las interacciones aversivas crónicas entre los miembros de la familia podrían producir un fuerte sentido de indefensión en la persona, llevándole a la depresión y la ideación suicida como una forma de escape.
- El abuso físico se encuentra en igual porcentaje en los hogares de los varones y las mujeres. El abuso psicológico en el interior de las familias lo sufren en mayormente las mujeres y en cuanto al abuso sexual, la diferencia es significativa, estando presente en el 50% de las mujeres y sólo en el 9% de los hombres.
- La comunicación en los hogares de los y las participantes es disfuncional, con poca asertividad y rigidez y autoritarismo para la toma de decisiones y la resolución de conflictos. Esta afirmación no se basa únicamente en la percepción de los y las jóvenes, sino que también se comprueba a través de las formas disfuncionales como las familias manejaron las conductas suicidas de los y las participantes.
- No se encontró evidencia de que los trastornos mentales en miembros de la familia fueran un factor predisponente para las conductas suicidas.

### **Factores protectores**

- En las familias de los y las participantes no fue posible detectar factores protectores. Los factores positivos, como por ejemplo la contención emocional, aparecen muy debilitados y son casi inexistentes en la mayoría de los casos. Esto expone la necesidad imperante de incluir a las familias en programas de promoción de la salud mental. Mientras esto

pueda llegar a constituir una realidad, debe fortalecerse a los y las jóvenes en sus virtudes y fortalezas para que puedan hacer frente a las demandas vitales, aún si no cuentan con apoyo familiar.

### **Factores sociales**

Los factores sociales hacen referencia a los elementos del entorno, los institucionales, las relaciones con los y las otras. Se dividen en áreas como: relaciones sociales con grupos de pares, redes de apoyo y acceso a fuentes de educación, empleo y salud.

### **Factores predisponentes**

Se encontró que:

- Las demandas de los roles sociales basados en el género son factores de riesgo en la aparición de la depresión y las conductas suicidas, cuando se considera que las demandas son excesivas o imposibles de cumplir, en especial en el caso de los varones. Esto se enmarca en un sistema patriarcal que espera hombres que luchen por el poder y el dominio, independientes, racionales, competitivos, exitosos, invulnerables y por tanto que no experimenten emociones como la tristeza o la ansiedad (Moller-Limkuhler, 2003). Todo esto es imposible de cumplir, en particular si se toma en consideración que los jóvenes que participaron de este estudio, se encuentran en una etapa vital en la cual son dependientes, aún no experimentan el éxito laboral, no tienen poder y dominio frente a sus padres y madres, quienes tienen el poder económico sobre ellos, e indiscutiblemente, al igual que cualquier otro ser humano, no son invulnerables. Asimismo, el pretender esconder las emociones que socialmente se consideran femeninas les lleva a la restricción emocional.
- Las demandas de los roles sociales basados en el género afectan emocional, cognitiva y conductualmente a hombres y mujeres por la rigidez de los ideales que se espera que cumplan. Aunque en algunos

casos los participantes parecen no tener conocimiento de esa influencia o se presenta una negación de la misma, es decir, algunos afirmaron que no se rigen por roles de género. Al respecto, Lagarde (1997) explica que en las sociedades organizadas genéricamente, todas las personas tienen identidad de género, pues cada quien sabe y siente que es hombre o mujer y más allá de que lo quiera o incluso que tenga conocimiento de eso, su vida está genéricamente determinada.

- La participación en grupos espirituales o la asistencia a instituciones religiosas no constituye una práctica regular en esta población.
- No se encuentra una relación clara entre los factores del entorno, como la violencia en la comunidad, el consumo o venta de drogas y la inseguridad, y las conductas suicidas.
- La ausencia de relaciones sociales significativas y la percepción de que no se tiene redes de apoyo, en interacción con otros factores personales y familiares, influyen en el aislamiento, la desesperanza y la manifestación de conductas suicidas.

### **Factores protectores**

- Las redes de apoyo social constituyen un factor protector para los hombres y para las mujeres. En este sentido, se rescatan los aportes de Beck (1983), quien señala que un sistema sólido de apoyo social puede proporcionar aceptación, respeto y afecto y todo esto puede detener la tendencia de la persona a subestimarse.
- El acceso al Programa de Atención Psicológica de la Universidad Nacional es un importante factor protector al brindar un espacio para el tratamiento de las problemáticas que aquejan a esta población, así como para el aprendizaje de herramientas que les permitan desarrollar sus fortalezas y enfrentar futuras dificultades. Asimismo, el participar de un proceso terapéutico es de gran importancia en esta población porque permite el alcance de una reestructuración cognitiva, mediante la cual se pasa de una triada cognitiva negativa, a nuevos esquemas de

pensamiento sobre sí mismos(as), el mundo y el futuro. Esto es así porque el cambio en la forma de pensar y de actuar lleva a un cambio emocional.

## Recomendaciones

En el marco de los objetivos de esta investigación y en consideración de sus resultados, así como del derecho de todo ser humano a una atención integral de su salud física y emocional, se recomienda lo siguiente:

### **A la Universidad Nacional**

- Fortalecer las estrategias conjuntas y de coordinación del trabajo entre los diferentes departamentos de la Vicerrectoría de Vida Estudiantil de la Universidad Nacional que privilegien la promoción de la salud integral de su población estudiantil.
- Afianzar los vínculos con las distintas unidades académicas de la universidad, para favorecer una detección temprana y efectiva de la población que requiere de atención psicológica, en particular en el área de la depresión y de las conductas suicidas.
- Incluir en los programas de atención a la población universitaria de la Vicerrectoría de Vida Estudiantil la formación en estrategias de afrontamiento de problemas, comunicación asertiva, entrenamiento en habilidades sociales, autoestima y resolución de conflictos, con una perspectiva género-sensitiva, de acuerdo con las necesidades particulares de las mujeres y los hombres.
- Facilitar material escrito en forma de boletines, carteles o desplegados que informen acerca de los síntomas depresivos y las alternativas o servicios de Vida Estudiantil, disponibles para la atención de la problemática.
- Impulsar en la población estudiantil el acceso y práctica de actividades recreativas, deportivas, culturales y sociales en general, por tratarse de actividades protectoras en la aparición de síntomas depresivos y conductas suicidas.

- Diseñar iniciativas de promoción de la salud que integren a los grupos familiares de los y las estudiantes universitarios(as), desde una perspectiva género-sensitiva.
- Crear espacios institucionales como foros, conferencias o talleres, que permitan a cualquier persona interesada, participar y compartir apreciaciones acerca de la depresión y las conductas suicidas.
- Vincular los esfuerzos del proyecto Compartiendo Experiencias, desarrollado por el Departamento de Orientación y Psicología con los orientadores y orientadoras de los colegios que se visitan a lo largo del país. Esto para que puedan convertirse en entes multiplicadores del conocimiento en el tema de la depresión y las conductas suicidas y puedan brindar una alternativa de formación a las familias de estos y estas jóvenes.

#### **Al Ministerio de Salud**

- Promover y facilitar la coordinación entre las distintas instituciones involucradas en el tema de la salud y la juventud para articular esfuerzos que conlleven la promoción de la salud mental de la juventud y la prevención de la depresión y las conductas suicidas.
- Incentivar un enfoque de investigación y abordaje de esta problemática con perspectiva sensible al género, multi, inter y transdisciplinaria que incluya también a profesionales de distintos sectores.

#### **A la Caja Costarricense de Seguro Social**

- Asignar profesionales en psicología y psiquiatría a todos los centros de atención de primero, segundo y tercer nivel, con el fin de hacer posible una detección temprana y oportuna de la depresión y las conductas suicidas.
- Capacitar, con perspectiva de género, al personal de los distintos centros de atención en salud para que puedan identificar los síntomas de depresión y conducta suicida que manifiestan de manera diferente las

mujeres y los hombres que reciben sus servicios, según los grupos étnicos a los que pertenecen.

- Facilitar la participación de los grupos familiares como redes de apoyo, mediante la creación de programas dirigidos a la promoción de la salud integral de la población beneficiaria de sus servicios.

### **Al Programa de Atención Integral a la Adolescencia**

- Abordar, con perspectiva de género, la problemática de la depresión y las conductas suicidas en los niños, niñas y adolescentes que participan en sus talleres.
- Promover la participación de las familias en los talleres que desarrollan en las comunidades que visitan.

### **Al Consejo Nacional de Política Pública de la Persona Joven**

- Gestionar, desde su ámbito de acción, la promoción de políticas integrales de atención que contemplen la salud mental de la juventud desde una perspectiva sensible al género y que incluya a los grupos familiares.
- Incentivar entre las instituciones educativas, de salud y relacionadas con la juventud, proyectos que aborden la promoción de la salud mental y faciliten la prevención y tratamiento de la depresión y las conductas suicidas en esta población.
- Promover, en las distintas instituciones involucradas con la juventud, la investigación relacionada con las causas, el impacto y la prevención de la depresión y el suicidio, desde una perspectiva sensible al género.

### **A las universidades públicas estatales**

- Efectuar investigaciones con perspectiva género-sensitiva dirigidas a conocer las características y necesidades psicológicas de su población estudiantil.

- Promover en los y las estudiantes, el aprendizaje de estrategias funcionales de afrontamiento de problemas mediante la modalidad de psicoterapia breve y el trabajo por objetivos.
- Fortalecer los programas y actividades dirigidas a la promoción de la salud mental y el bienestar integral de los y las estudiantes universitarios(as).

### **Al Ministerio de Educación Pública**

- Implementar un sistema de investigación y valoración de las necesidades de atención psicológica que presentan los niños, niñas y adolescentes que conforman las diferentes poblaciones atendidas.
- Diseñar e implementar un programa de capacitación dirigido a docentes de primaria y secundaria que les permita abordar, mediante técnicas creativas y participativas, los temas o áreas en las cuales su población presenta mayor necesidad de apoyo.
- Gestionar los recursos laborales necesarios que permitan impulsar la atención psicológica individual de los y las estudiantes de primaria y secundaria que más la requieran, desde una perspectiva género-sensitiva y una modalidad de psicoterapia breve dirigida al aprendizaje de estrategias funcionales de afrontamiento de problemas.
- Incentivar programas que aborden la promoción de la salud mental y la prevención de las distintas formas de violencia integrando a los grupos familiares de la población estudiantil.

## Bibliografía

Alpízar, Jéssica, Donini, Vittoria, Navarro, Shirley. (1993). *Intentos de suicidio: análisis de aspectos sociodemográficos, psicosociales y familiares de adolescentes consultantes del Hospital Calderón Guardia*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Badinter, Elisabeth. (2003). *El hombre no es un enemigo a batir*. Disponible en Internet: <http://www.pensamientocritico.org/elibad0903.htm>

Barboza, Ana, Hernández, Melissa, Ugalde, Ana, Valverde, Xiane. (2006). *Factores socio familiares que propician las ideas e intentos de autoeliminación en los y las adolescentes atendidos en el área de salud de San Ramón: Bases para una propuesta de intervención desde el trabajo social*. Memoria de Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, Universidad de Costa Rica. Sede de Occidente, San Ramón, Costa Rica.

Barrantes Echavarría, Rodrigo. (2006). *Investigación: Un camino al conocimiento, un enfoque cuantitativo y cualitativo*. San José: EUNED.

Beck, Aaron, Rush, John, Shaw, Brian, Emery, Gary. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. 11<sup>a</sup>. Edic. Bilbao: Desclee de Brower, S.A.

Beck, Aaron. *Prisioneros del odio*.(2003). *Las bases de la ira, la hostilidad y la violencia*. Barcelona: Paidós.

Bolognini, Monique, Laget, Jacques, Plancherel, Bernard, Stephan, Philippe, Corcos, Maurice, y Halfon, Olivier. *Drug use and suicide attempts: The role*

*of personality factors*. Substance use & misuse, 37(3), 337–356 2002. [en línea] consultado 07/03/2008. Disponible en Internet:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=6&hid=114&sid=e7242290-f81d-4dc1-8c27-65c49cfda3e2%40SRCSM1>

Brenes Chacón, Albam, Raven Stiegler, Norbert, Brenes Antonini, Oliva. (1977). *Algunos factores sociodemográficos y psicosociales asociados al intento de suicidio*. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica, San José.

Brenes Varela, Isabel. *Los Géneros en la Educación Superior Universitaria en Costa Rica*. (2003). Consejo Nacional de Rectores. Oficina de Planificación de la Educación Superior. San José.

Carvajal, Hazel, Castro, Wendy, Coghi, Andrea, Mora, Marianela, Quesada, Karol. (2006). *Factores protectores asociados a la prevención del intento de suicidio en adolescentes de colegios públicos y los atendidos en la Fundación Rescatando Vidas durante el 2003-2004*. Memoria del Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

De Mézerville, Gastón. *Ejes de salud mental*. (2004). *Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés*. México: Trillas.

Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention. Dattilio, Frank, Freeman, Arthur. Editores. *Suicide and Depression*. Mark Reinecke. (1994). New York : The Guilford Press.

Cognitive-behavioral therapy with families. Epstein, Norman, Schlesinger, Stephen, Dryden, Windy. Editors. (1988). *Concepts and methods of*

- cognitive-behavioral family treatment. pp. 5-48. New York: Brunner/Mazel, Publishers.
- Facio, Aida, Fries, Lorena. (s.f.) *Feminismo, Género y Patriarcado*. Antología Curso la Construcción social de la cultura de la violencia. San José: UNED
- Fernández, C., Sáiz, P., González Portilla, M., González Seijo, J.C., y Bobes, J. (2000). *Tentativa suicida versus intención suicida: un estudio de las características diferenciales*. Actas Españolas de Psiquiatría. No.4, Vol. 28 Julio-Agosto. Barcelona: Editorial Garsi, S.A.
- García-Reza, E., Braquehais, D., Blasco, H., Ramírez, A., Jiménez, L., Díaz-Sastre, C., Baca-García, E y Sáiz, J. (2002). *Aspectos sociodemográficos de los intentos de suicidio*. Actas Españolas de Psiquiatría. No. 2, Vol 30 Marzo-Abril. Barcelona: Ediciones Doyma, S.L.
- Garita Arce, Carlos (2008) Psicólogo. Programa de Atención Integral al Adolescente. Caja Costarricense de Seguro Social. Entrevista realizada el Jueves 27 de marzo, 2008.
- Granados Bloise, Damaris. *Costa Rica, tendencia y características generales de suicidio y distribución geográfica según aspectos demográficos asociados 1980-1994*. (1997). Tesis sometida a la consideración del programa de Estudios de Posgrado en Salud Pública para optar al grado de Magister Scientiae, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Guevara Villalobos, Orlando. (2004). *Dinámica microsocial del suicidio en adolescentes: un estudio de redes sociales*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Sociología, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Haw, Camilla, Hawton, Keith, Casey, Deborah, Bale, Elizabeth, Shepherd, Anna. *Alcohol dependence, excessive drinking and deliberate self-harm Trends and patterns in Oxford, 1989–2002*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2005) 40: 964–971 [en línea] consultado 07/03/2008. Disponible en Internet:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=6&hid=114&sid=e7242290-f81d-4dc1-8c27-65c49cfda3e2%40SRCSM1>

Iwasaki, Yoshitaka, Ristock, Janice. *The nature of stress experienced by lesbians and gay men*. Anxiety, Stress and Coping. Sept. 2007. 20 (3): 299-319 Department of Therapeutic Recreation, College of Health Professions, Temple University, Philadelphia, USA & 2Women's Studies Program, University of Manitoba, USA

Kaufman, Michael. (1999). *Las siete P's de la violencia de los hombres*. Fundación mujeres. Fondo para la Prevención de la Violencia de Género. Disponible en Internet: <http://www.michaelkaufman.com/articles>

Kaufman, Michael. (2007). *Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres*. Disponible en Internet: <http://www.michaelkaufman.com/articles/>

Lagarde, Marcela. (1992). *Identidad de Género*. Antología Curso la Construcción social de la cultura de la violencia. San José: UNED.

Lagarde, Marcela. (1996). *Género y feminismo*. Desarrollo humano y democracia. Madrid: Editorial horas y HORAS.

Lagarde, Marcela. (s.f.). *Género y Poderes*. Heredia: Instituto de Estudios de la Mujer. Universidad Nacional.

Lagarde, Marcela. (1997). *Identidad genérica y feminismo*. Heredia: Instituto de Estudios de la Mujer. Universidad Nacional.

Lamas, Marta. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género. En La Ventana Publicaciones, Núm. 1, Julio de 1995, 140 pp. /UdeG  
Disponibile en: <http://www.udg.mx/laventana/libr1/lamas.html>

Ley General de la Persona Joven 8261. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

López, Cinthia. (2001). *Estudio correlacional entre abuso sexual en la infancia e intento suicida y /o ideación suicida en la adolescencia*. Trabajo Final de Graduación para optar por la Especialidad en Psiquiatría. Universidad de Costa Rica, Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica.

López Core, Roberto. 2008. Psicólogo Clínico. Jefe del área de Psicología. Hospital Nacional Psiquiátrico. Entrevista realizada el martes 8 de julio.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR. (2003). Barcelona: Masson S.A.

Medline plus. Un servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos y los Institutos Nacionales de la Salud. Consultado en línea 6 de julio de 2009. Disponible en Internet en:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001236.htm>

Meehan, Sue-Ann, Peirson, Almarie, Fridjhon, Peter. *Suicide ideation in adolescent South Africans: The role of gender and coping strategies*. Psychological Society of South Africa. South African Journal of

Psychology, 37 (3), 2007, pp. 552-575. [en línea] consultado 07/03/2008.  
Disponible en Internet:

Miranda, Guido, Del Valle, Luis. (2000). *La violencia en Costa Rica: visión desde la salud pública*. Serie Aportes para el análisis del desarrollo humano sostenible. San José: Proyecto Estado de la nación.

Moller-Limkuhler, Anne Maria. *The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable?* Euro Arch Psychiatry Clin Neurosci 2003 253: 1-8

Morales, Alberto, Chávez, Rocío, Ramírez, Walter, Sevilla, Angela, Yock, Isabel. (s.f.) *Desesperanza en adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio juvenil*. Programa de Atención Integral de la Adolescencia. Caja Costarricense de Seguro Social.

Organización Panamericana de la Salud. Informe de Salud de las Américas (2002). Disponible en Internet  
<http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps080310.htm>

Organización Panamericana de la Salud.(2004). *Situación actual de la salud mental en Costa Rica*. Ministerio de Salud. San José: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. Revista Trimestral Latinoamericana y Caribeña de Desarrollo Sustentable. No. 9, año 2005, Vol 3. [en línea] consultado 07/10/2009. Disponible en Internet en: [www.revistafuturos.info/futuros\\_9/suicidio\\_7.htm](http://www.revistafuturos.info/futuros_9/suicidio_7.htm)

Organización Panamericana de la Salud. Revista Trimestral Latinoamericana y Caribeña de Desarrollo Sustentable. No. 10, año 2005, Vol 3. **[en línea]** consultado 07/10/2009. Disponible en Internet en:

[http://www.revistafuturos.info/futuros\\_10/viol\\_salud2.htm#tipologia](http://www.revistafuturos.info/futuros_10/viol_salud2.htm#tipologia)

Organización Mundial de la Salud. *Prevención del suicidio. Recurso para consejeros*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Trastornos mentales y cerebrales. Ginebra: 2006 **[en línea]** consultado 04/02/2008. Disponible en Internet:

[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)

Pan American Health Organization. Division of Health Systems and Services Development. Profile of the Health Services System of Costa Rica. 2nd edition, May 27, 2002

Programa de Atención Integral a la Adolescencia. (2005). *Manual de Atención Integral a la Depresión y el Suicidio en Adolescentes*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social. Gerencia Médica. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Departamento de Medicina Preventiva.

Quintanilla, Roque, Valades, Isabel, Valencia, Silvia, González, Juan. *Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida*. Revista Investigación en salud. Agosto año/volumen VII, No. 002. Universidad de Guadalajara, México, p 112-116 : 2005

Quirós, Yamileth (2008) Directora de la Oficina de Orientación. Universidad de Costa Rica. Entrevista concedida el 27 de Marzo del 2008

Rosabal, Virginia. (2008). Doctora Jefe del Departamento de Salud Mental de la Caja Costarricense de Seguro Social. Entrevista realizada el Martes 25 de marzo.

Salas, José Manuel. (2005). *Hombres que rompen mandatos. La prevención de la violencia*. San José: Lara Segura y Asociados.

Salvarezza, Leopoldo. (2002). *Psicogeriatría. Teoría y Clínica*. 2ª. ed. Buenos Aires: Paidós.

Sequeira Solano, Minor (2008) Psicólogo y Trabajador Social. Programa de Atención Integral al Adolescente. Caja Costarricense de Seguro Social. Entrevista realizada el Martes 25 de marzo.

UNA Gaceta 15 de setiembre del 2008 Heredia, Costa Rica. Manual de organización y funciones Vicerrectoría de Vida Estudiantil.

Valbuena, A, *Conductas suicidas en adolescentes según diagnóstico psiquiátrico y factores de riesgo*. En: Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2003; Vol. 20, No.2 Abril-Junio. Madrid: Editorial Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Werner-Wilson, Ronald Jay. *Developmental-systemic family therapy with adolescents*. Howorth Press: New York: 2001. Disponible en línea en <http://books.google.co.cr/books?id=Cn63F6HkJfQC&printsec=frontcover#PPA152,M1>

Zalsman, G., Brent, D., Weersing, R. *Depressive Disorders in Childhood and Adolescence: An overview. Epidemiology, Clinical Manifestations and Risk Factors*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. Vol. 15, N. 4. Saunders: Philadelphia: 2006

**Cuestionario**  
**Factores que influyen en la aparición de dificultades emocionales y psicológicas**  
**y factores que protegen de la aparición de esas dificultades**  
**Universidad Nacional**  
**“Campus Omar Dengo y Benjamín Nuñez”**

Este cuestionario está diseñado para la recopilación de información referente a dificultades emocionales y psicológicas, (con especial énfasis en depresión y valoración de la vida), que enfrentan los y las jóvenes que estudian en la Universidad Nacional y que durante el año 2007 recibieron psicoterapia en el Programa de Atención Psicológica del Departamento de Orientación y Psicología.

Su colaboración será muy valiosa para comprender los factores personales, familiares y sociales que influyen en la aparición de las problemáticas mencionadas, así como los factores que más bien protegen e impiden la aparición de esos problemas.

La aplicación del cuestionario será facilitada y supervisada por la Psicóloga Licenciada Viviana Umaña Porras. El tiempo aproximado requerido para completar el instrumento es de 20 minutos, pero si usted requiere de un periodo mayor, puede tomar el tiempo necesario.

Los resultados del estudio serán tomados en consideración para el diseño de programas de promoción de la salud, prevención y atención de las necesidades de nuestra población universitaria.

Usted no necesita anotar su nombre. La información suministrada es anónima y confidencial, por lo que le rogamos que responda con total confianza y honestidad. Al completar este cuestionario, usted está dando su consentimiento para que los datos sean analizados colectivamente, no de manera individual.

Agradecemos profundamente su ayuda.

**Instrucciones generales**

Por favor lea con detenimiento cada pregunta o afirmación que se le presenta seguidamente. En algunos casos, debe encerrar en un círculo el número correspondiente a la respuesta que mejor se ajuste a su situación, en otros se espera que escriba su respuesta. Le rogamos que responda a todas las preguntas.

**Factores socioeconómicos:**

1. Sexo:                    1. Hombre                    2. Mujer
2. Edad: \_\_\_\_\_
3. Religión:  
1. Católica.            2. Evangélica.            3. Testigo de Jehová  
4. Budista.            5. Adventista.            6. Mormona.            7. Ninguna  
8. Otra. Especifique: \_\_\_\_\_

4. Estado civil: \_\_\_\_\_
5. Número de hijos: \_\_\_\_\_
6. Trabaja: 1. Sí                    2. No (Pase a la 8)
7. Ocupación: \_\_\_\_\_
8. Estudia: 1. Sí                    2. No
9. Carrera: \_\_\_\_\_
10. Nivel: \_\_\_\_\_
11. Lugar de procedencia. Provincia y Cantón: \_\_\_\_\_
12. Lugar de residencia en tiempo lectivo: \_\_\_\_\_
13. ¿Cuáles de las siguientes personas viven en su casa? (En su lugar de procedencia).  
Anote el número de personas en el espacio en blanco.
1. Padre\_\_\_\_    2. Madre\_\_\_\_                    3. Padrastro\_\_\_\_                    4. Madrastra\_\_\_\_
5. Hermanos\_\_\_\_                    6. Hermanas\_\_\_\_                    7. Tíos\_\_\_\_                    8. Tías\_\_\_\_
9. Abuelo\_\_\_\_                    10. Abuela\_\_\_\_
11. Otros\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_
14. ¿Quién aporta la mayor fuente de ingresos económicos a la familia?
- 
15. ¿Cuál es el grado de escolaridad de la persona que aporta la mayor fuente de ingresos económicos en su familia?
1. Ninguna                    2. Primaria Incompleta.                    3. Primaria Completa.
4. Secundaria Incompleta.                    5. Secundaria Completa.
6. Técnica o parauniversitaria incompleta.                    7. Técnica o parauniversitaria completa.
8. Universitaria Incompleta.                    9. Universitaria Completa.
10. Otra. Especifique \_\_\_\_\_
16. ¿Cuántas habitaciones para dormir tiene la casa donde habita su familia? \_\_\_\_\_
17. En su hogar cuentan con:
- |                                                 |       |       |
|-------------------------------------------------|-------|-------|
| a. Computadora.                                 | 1. Sí | 2. No |
| b. DVD ( <b>que no sea de la computadora</b> ). | 1. Sí | 2. No |
| c. Ducha para agua caliente.                    | 1. Sí | 2. No |
| e. Automóvil ( <b>que no sea de trabajo</b> ).  | 1. Sí | 2. No |
| f. Teléfono residencial.                        | 1. Sí | 2. No |

- |                                               |       |       |
|-----------------------------------------------|-------|-------|
| g. Celular (cualquier miembro de la familia). | 1. Sí | 2. No |
| h. Microondas.                                | 1. Sí | 2. No |
| i. Refrigeradora.                             | 1. Sí | 2. No |
| j. Lavadora.                                  | 1. Sí | 2. No |
| k. Secadora de ropa                           | 1. Sí | 2. No |
| l. Tanque de agua caliente                    | 1. Sí | 2. No |

17. b. En la Universidad, ¿usted cuenta con beca?

1. Sí ¿Cuál categoría? \_\_\_\_\_
2. No

17.c. ¿Cuenta con alguna otra beca?

1. Sí Especifique \_\_\_\_\_
2. No

### Factores personales:

18. ¿Practica deportes?

1. Sí ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
2. No

19. ¿Realiza actividades recreativas o de disfrute personal?

1. Sí ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
- 

2. No (Pase a la 21).

20. ¿Cuánto tiempo dedica usted en la semana a realizar actividades para su disfrute personal?

---

21. ¿Tiene amigos (as) con quienes mantenga una relación de confianza?

1. Sí ¿Cuántos son hombres? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas son mujeres? \_\_\_\_\_
2. No (Pase a la 24).

22. ¿Le brindan apoyo cuando usted lo necesita?

1. Sí
2. No (Pase a la 24).

23. ¿De que forma le apoyan? Puede encerrar varias opciones.

1. Le dan consejos.
2. Le ayudan a distraerse.
3. Le orientan para buscar ayuda.
4. Le escuchan.
5. Le acompañan.
6. Otra. Especifique \_\_\_\_\_

24. ¿Mantiene una relación de pareja?

1. Sí
2. No (Pase a la 31).

25. ¿Hace cuantos meses mantiene esa relación? \_\_\_\_\_
26. ¿Está satisfecho(a) con esa relación?  
1. Sí                      2. No
27. ¿Es su pareja un apoyo cuando usted tiene dificultades?  
1. Sí                      2. No
28. ¿Ha experimentado algún tipo de violencia en su relación de pareja?  
1. Sí                      2. No (Pase a la 31)
29. ¿Qué tipo de violencia ha experimentado?  
\_\_\_\_\_
30. ¿Por cuánto tiempo vivió o ha vivido esa violencia?  
\_\_\_\_\_
31. ¿Ha experimentado recientemente la ruptura de una relación de pareja?  
1. Sí                      2. No
32. ¿En algún periodo de su vida ha experimentado abuso físico?  
1. Sí                      2. No (Pase a la 35).
33. ¿Por parte de quién o quienes?  
\_\_\_\_\_
34. ¿Por cuánto tiempo enfrentó el abuso físico? \_\_\_\_\_
35. ¿Ha sufrido abuso psicológico?  
1. Sí                      2. No (Pase a la 38).
36. ¿Por parte de quién o quienes?  
\_\_\_\_\_
37. ¿Por cuánto tiempo enfrentó el abuso psicológico? \_\_\_\_\_
38. ¿Ha sufrido abuso sexual?  
1. Sí                      2. No (Pase a la 41).
39. ¿Por parte de quién o quienes?  
\_\_\_\_\_
40. ¿Por cuanto tiempo enfrentó el abuso sexual?  
\_\_\_\_\_
41. ¿En algún momento de su vida ha recibido tratamiento psicológico?  
1. Sí                      2. No (Pase a la 46).
42. ¿En cuántas ocasiones? \_\_\_\_\_

43. ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

44. ¿Por cuál motivo (o motivos) recibió tratamiento?  
\_\_\_\_\_

45. ¿Qué resultados obtuvo?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

46. ¿Alguna vez se le ha diagnosticado algún problema psicológico o psiquiátrico?

1. Sí ¿Cuál problema? \_\_\_\_\_
2. No

47. ¿Ha recibido medicamentos para combatir algún problema psicológico o psiquiátrico?

1. Sí ¿Cuál medicamento? \_\_\_\_\_  
¿En qué dosis? \_\_\_\_\_
2. No

48. Si en el PASADO consumió alguna de las siguientes drogas, encierre en un círculo la frecuencia con que lo hizo (según los números del 1 al 7).

	Todos los días de la semana	2-3 días a la semana	1 día a la semana	2-4 veces al mes	1 vez al mes	1 vez al año	Nunca
a. Licor	1	2	3	4	5	6	7
b. Marihuana	1	2	3	4	5	6	7
c. Cocaína	1	2	3	4	5	6	7
d. Thinner	1	2	3	4	5	6	7
e. Cemento	1	2	3	4	5	6	7
f. Otros. ¿Cuáles?							

49. Si en la ACTUALIDAD consume alguna de las siguientes drogas, encierre en un círculo la frecuencia con que lo hace (según los números del 1 al 7).

	Todos los días de la semana	2-3 días a la semana	1 día a la semana	2-4 veces al mes	1 vez al mes	1 vez al año	Nunca
a. Licor	1	2	3	4	5	6	7
b. Marihuana	1	2	3	4	5	6	7
c. Cocaína	1	2	3	4	5	6	7
d. Thinner	1	2	3	4	5	6	7
e. Cemento	1	2	3	4	5	6	7
f. Otros. ¿Cuáles?							

Encierre en un círculo el 1= Sí o el 2= No, según la respuesta que usted quiera dar a las siguientes afirmaciones, de acuerdo con su situación particular:

<b>Situaciones Personales:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
50. Estoy satisfecha (o) con las cosas que he logrado en mi vida.	1	2
51b Yo Trabajo (al mismo tiempo que estudio o en vacaciones)	1	2
51. Estar sin empleo ha sido un problema para mí.	1	2
52. Mi jornada laboral afecta mi bienestar emocional.	1	2
53. Creo que a mí me pasan cosas más terribles que a las demás personas	1	2
54. Me conozco, sé cómo soy.	1	2
55. Creo que he fracasado en lo laboral.	1	2
56. Tengo confianza en que puedo hacer lo que me propongo.	1	2
57. Cuando tengo un problema busco cómo resolverlo.	1	2
58. Creo en un Ser Superior.	1	2
59. Soy homosexual o lesbiana.	1	2
60. Ser homosexual o lesbiana es una fuente de problemas en mi vida.	1	2
61. En ocasiones me expongo a situaciones de peligro sin pensar en las consecuencias.	1	2
62. Soy perseverante, me esfuerzo por lograr lo que me propongo.	1	2
63. Creo que a mucha gente le importa lo que me pase	1	2
64. Tengo claridad en lo que quiero hacer en la vida.	1	2
65. Creo que dependo emocionalmente de los otros.	1	2
66. Para mí la espiritualidad es importante.	1	2
67. Estoy satisfecha (o) con mi vida.	1	2
68. Creo que mis problemas tienen solución.	1	2
69. En algún momento de mi vida me vi forzada (o) a dejar mis estudios.	1	2
70. Mi jornada académica afecta mi bienestar emocional	1	2
71. Creo que soy una persona valiosa.	1	2
72. Creo que tengo la capacidad de controlar mi conducta.	1	2
73. Reconozco que tengo cualidades.	1	2
74. Tengo una enfermedad que disminuye mi calidad de vida.	1	2
75. Creo que vale la pena vivir.	1	2
76. He perdido interés en las actividades que eran gratificantes o agradables.	1	2
77. Tengo más responsabilidades de las que puedo cumplir.	1	2
78. Tengo cambios fuertes y repentinos en mis sentimientos.	1	2
79. Me siento profundamente sola (o).	1	2
80. Siento tristeza constantemente.	1	2
81. Estoy satisfecha (o) con mi imagen física.	1	2
82. Me aísla de los demás.	1	2
83. Tengo metas que quiero alcanzar.	1	2
84. Creo que he fracasado en lo académico.	1	2
85. Reconozco que tengo valores.	1	2
86. Creo que puedo ser feliz.	1	2
87. Cuando enfrento una situación que no sé resolver, busco ayuda.	1	2

<b>Situaciones Sociales</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
88. Mi vida social me parece satisfactoria.	1	2
89. Tengo acceso a los servicios de atención médica en mi comunidad.	1	2
89 b Utilizo los servicios de atención médica en mi comunidad.	1	2
90. Tengo acceso a servicios de salud psicológica o mental en mi comunidad.	1	2
90 b Utilizo los servicios de salud mental cuando creo que los necesito.	1	2
91. He recibido amenazas contra mi vida.	1	2
92. Prefiero aislarme de los demás y hacer actividades individualmente.	1	2
93. En algún momento de mi vida quise estudiar y las circunstancias me lo obstaculizaron.	1	2
94. Participo en grupos que me ayudan en mi crecimiento personal-espiritual.	1	2
95. He tenido problemas con la policía.	1	2
96. Asisto con regularidad (semanal o quincenalmente) a una institución religiosa.	1	2
97. La sociedad en que vivo me da las posibilidades para lograr mis metas.	1	2
98. Me es difícil socializar.	1	2
99. Se me hace difícil integrarme a grupos.	1	2

<b>Situaciones en la comunidad</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
En mi comunidad hay problemas de:		
100. Consumo de drogas	1	2
101. Venta de drogas	1	2
102. Robos a viviendas	1	2
103. Asaltos	1	2
104. Pandillas	1	2
105. Peleas con armas	1	2
106. Violencia entre vecinos	1	2
107. Violencia intrafamiliar en la casa de los vecinos	1	2

<b>Situaciones familiares:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
108. En mi familia se presentan discusiones graves.	1	2
109. Considero que la división del trabajo en mi hogar es equitativa	1	2
110. En mi familia puedo expresar con libertad mis sentimientos	1	2
111. En mi familia se han marcado límites o reglas de comportamiento.	1	2
112. Las decisiones en mi hogar se toman considerando la opinión de todos los miembros de la familia.	1	2
113. En mi hogar la relación entre hermanos y hermanas es buena.	1	2
114. Tengo vínculos estrechos con mi familia.	1	2
115. La comunicación en mi familia es buena y respetuosa	1	2
116. Cuando tengo problemas mi familia me apoya.	1	2
117. Mi familia me apoya en mis decisiones.	1	2
118. Creo que la relación entre las figuras de autoridad en mi familia es buena.	1	2
119. En mi hogar la relación entre las figuras de autoridad y los hijos(as) es buena.	1	2
120. Creo que la división del trabajo en mi hogar afecta mi bienestar emocional.	1	2

<b>Continuación Situaciones familiares:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
121. Creo que en mi familia se tienen expectativas positivas para mi vida.	1	2
122. Creo que las expectativas que mi familia tiene para mí, dependen de mi género.	1	2
123. Las limitaciones económicas son un problema en mi familia.	1	2
124. Un ser querido murió y estoy sufriendo por esa pérdida.	1	2
125. La falta de empleo es un problema en mi familia.	1	2
126. Las decisiones en mi hogar las toman las figuras de autoridad	1	2
127. Mi papá y mi mamá se separaron o divorciaron.	1	2
128. Creo que la relación con mi familia es satisfactoria.	1	2
129. En mi familia se muestra interés por el bienestar de todos sus miembros	1	2
Algún miembro de mi familia presenta:		
130. Enfermedad mental.	1	2
131. Enfermedad física grave.	1	2
132. Discapacidad.	1	2

<b>En mi familia hay problemas de:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
133. Violencia	1	2
134. Alcoholismo.	1	2
135. Drogas.	1	2
136. Abuso sexual.	1	2

137. Mencione las actividades que realizan en grupo, como familia:

---



---

138. En mi familia el principal problema que nos afecta es:

---



---

Encierre en un círculo la opción u opciones que se ajusta(n) a su situación:

139. Cuando hay problemas en mi casa:

1. No se habla de eso y se espera a que pase.
2. Se discute y se cae en comportamientos violentos.
3. Se buscan culpables y se centran en el problema.
4. Se impone y asume las disposiciones de las figuras de autoridad del hogar.
5. Se dialoga y se buscan soluciones.
6. Se busca ayuda externa.
7. Otros. Especifique \_\_\_\_\_

#### **Factores relacionados con desmotivación ante la vida:**

140. ¿Alguna persona amiga, conocida o familiar ha intentado quitarse la vida?

1. Sí
2. No

141. ¿Usted ha pensado alguna vez (en el pasado) en quitarse la vida?

1. Sí
2. No (Pase a la 150).

142. ¿Por qué motivo (s) pensó en el suicidio?

---

---

143. ¿Ha llegado a tener un plan sobre cómo quitarse la vida?

1. Sí                      2. No

144. ¿Ha intentado quitarse la vida?

1. Sí                      2. No (Pase a la 150).

145. ¿Cuántas veces ha intentado quitarse la vida? \_\_\_\_\_

146. ¿Por qué motivos intentó suicidarse?

---

147. ¿Cuando fue la primera vez que intentó quitarse la vida?

---

148. ¿Cuál método (s) ha utilizado para intentar quitarse la vida?

---

149. La reacción de su familia después de su intento de suicidio fue: (Puede marcar varias)

1. Cuestionaron mi actuación y me culpabilizaron
2. Intentaron hablar conmigo para entender por qué sucedió
3. Se enojaron
4. Actuaron como si nada hubiese pasado
5. Buscaron ayuda profesional para mí
6. Buscaron ayuda profesional para la familia
7. No se enteraron
8. Otro. Especifique \_\_\_\_\_

150. ¿En la actualidad tiene ideas suicidas?

1. Sí                      2. No

151. ¿En la actualidad tiene un plan para quitarse la vida?

1. Sí                      2. No (Pase a la 154)

152. De acuerdo con su plan, ¿Qué método utilizaría para quitarse la vida?

---

153. ¿Tiene fácil acceso a los medios que utilizaría para intentar quitarse la vida?

1. Sí                      2. No

154. ¿Cree que las exigencias de los roles sociales determinados por su género le llevaron o le podrían llevar a cometer un intento de suicidio?

1. Sí  
2. No

Explique \_\_\_\_\_

---

155. ¿Cree que las exigencias de los roles sociales determinados por su género le han hecho o le harían desistir de sus deseos de quitarse la vida?

1. Sí
2. No

Explique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

156. ¿Cuál factor o factores cree que le impedirían atentar contra su vida (si no lo ha hecho antes) o volver a hacerlo (en caso de que lo haya intentado anteriormente)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

157. ¿Cuál cree usted que es la principal razón por la que las mujeres deciden quitarse la vida?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

158. ¿Cuál cree usted que es la principal razón por la que los hombres deciden quitarse la vida?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones:

Aquí puede agregar la información que crea pertinente, ya sea para aclarar cualquier pregunta(s) o para incluir observaciones relacionadas con los temas abordados en este cuestionario. En caso de necesitar hojas adicionales, por favor solicítelas a la investigadora.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anexo 2

### Entrevista semi-estructurada

Encuadre

Se agradece la participación.

Se señalan los objetivos del estudio.

Se indica la forma en que se llevará a cabo la entrevista, los fines de la misma, el uso que se le dará a los datos.

Se recalca la forma confidencial y anónima en que será procesada la información

Se les solicita firmar el consentimiento informado

1. En general, ¿qué hace usted cuando vive situaciones que considera afectan su vida?
2. ¿Qué estrategias utiliza?
3. ¿Que tal le han funcionado esas estrategias para enfrentar sus problemas?
4. ¿Qué opina usted sobre los roles que asigna la sociedad a los hombres y a las mujeres?
5. ¿Cree que estos roles puedan tener alguna influencia sobre el estado emocional y psicológico de los hombres y de las mujeres? ¿Por qué razones?
6. ¿Cree que las exigencias de esos roles sociales determinados por el género, podrían conducir a una persona a cometer un intento de suicidio? ¿Por qué?
7. ¿Ha llegado usted a pensar en el suicidio?
8. ¿Ha llegado a tener un plan sobre cómo morir?
9. ¿Ha hecho algo para tratar de quitarse la vida?
10. En el momento en que llegó a tomar en consideración el suicidio, ¿qué pasaba en su vida en el ámbito personal, en el familiar y en el social?
11. ¿Qué le llevó a considerar, que era mejor morir?
12. ¿Qué le llevó a considerar que era mejor continuar viviendo?

13. En su caso en particular, ¿cree que las demandas sociales para cumplir roles según su género, influyeron para llegar a manifestar conductas suicidas?
14. ¿Cuáles factores cree usted le impiden a las mujeres / hombres atentar contra su vida?
15. ¿Cree usted que estos factores que impiden atentar contra la vida, sean distintos entre los hombres y las mujeres? ¿Por qué?
16. ¿Cuál cree usted que sea la principal razón, o las principales razones, por la que las mujeres deciden quitarse la vida?
17. ¿Cuál cree usted que sea la principal razón por la que los hombres deciden quitarse la vida?
18. ¿En su caso particular, considera que su familia ofrece alternativas de protección para no considerar el suicidio?
19. ¿Qué aspectos o situaciones personales lo han llevado a considerar que es mejor “continuar viviendo”?
20. ¿Qué aspectos o situaciones sociales lo han llevado a no pensar en el suicidio?
21. Si alguna persona le comenta que está pensando en el suicidio, ¿usted qué le diría?
22. ¿Qué estrategias le recomendaría desarrollar a una mujer/hombre para “prevenir” la toma de esta decisión, o protegerse a sí mismo de atentar contra su vida?
23. ¿Y a su familia que le sugeriría?
24. Indagar recreación, deporte, actividades sociales cantidad de consumo en drogas y alcohol.