



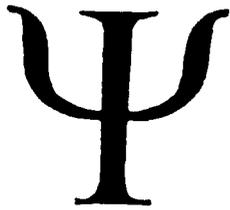
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES

PREVALENCIA DEL INTENTO SUICIDA EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES Y SU RELACION CON EL CONSUMO DE DROGAS, LA AUTOESTIMA, LA IDEACION SUICIDA Y EL AMBIENTE FAMILIAR

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
PRESENTA:
MARIA ISABEL ALCANTAR ESCALERA

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. BLANCA ROSA GIRON HIDALGO
REVISOR: LIC. JORGE AMETH VILLATORO VELAZQUEZ





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme permitido concluir esta etapa tan importante y decisiva en mi vida.

José Luis, gracias por tu amor, apoyo y comprensión. Gracias Por confiar en mí y por ser mi mayor fuente de inspiración. Te amo.

Gracias a mis padres y hermanos por su cariño, su apoyo y por alentarme a seguir adelante. Recuerden que los quiero mucho.

Brandon, mi bebé hermoso, precioso, chulo, gracias por tu sonrisa y por llenar mi vida de alegría.

Chenta y Florentina, gracias por su amor. Siempre las llevo en mi corazón.

Gracias a mis tíos: Conrado, Matías, Seberiano, Andrés, Esther, Marcela y Delfina. Los quiero Mucho.

A mis amigas: Georgina, Brenda y Gilda. Gracias por su apoyo y amistad.

Agradezco a la Dra. Catalina González, su apoyo en la realización del presente trabajo.

Jorge, gracias por darme la oportunidad de trabajar contigo y por participar en el proceso de esta tesis.

Quiero agradecer a la Dra. Emily Ito y a la Lic. Leticia Echeverría, el valioso tiempo dedicado a la revisión de este trabajo.

Mtra. Blanca Girón, gracias por haberme guiado durante la elaboración de mi tesis. Gracias por su tiempo.

Agradezco el apoyo para la realización del presente trabajo a CONACYT a través del proyecto 30824 y al Instituto Nacional de Psiquiatría, a través del proyecto 4320.

INDICE	Pág
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA	
1.1 Surgimiento del estudio de la adolescencia	4
1.2 Definición de adolescencia	5
1.3 Cambios físicos durante la adolescencia	6
1.3.1 Características sexuales primarias	6
1.3.2 Característica sexuales secundarias	7
1.4 Preocupación por los cambios físicos	7
1.5 Desarrollo Cognoscitivo	8
1.6 Desarrollo Emocional	10
1.7 Desarrollo Social	18
1.8 Problemas de adaptación	20
CAPÍTULO 2. CONDUCTA SUICIDA	
2.1 Consideraciones generales	24
2.2 Definición de la conducta suicida	24
2.3 Definición del intento suicida	24
2.4 Clasificación del intento suicida	25
2.5 Criterios diagnósticos de la conducta suicida	27
2.6 Aproximaciones teóricas de la conducta suicida	30
2.6.1 Enfoque Sociológico	30
2.6.2 Enfoque Psiquiátrico	31
2.6.2.1 Orientación Clásica	31
2.6.2.2 Orientación Epidemiológica	31
2.6.3 Enfoque Psicoanalítico	32
2.6.4 Enfoque Psicológico	33
2.6.5 Teorías Cognoscitivas	34
2.7. Investigaciones realizadas en México sobre la conducta suicida: 1966-2001	35
CAPITULO 3. FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA	
3.1 Factores de riesgo y protección	41
3.2 Sexo	44
3.3 Ambiente familiar	45
3.4 Consumo de drogas	47
3.5 Ideación suicida	48
3.6 Baja autoestima	49

CAPITULO 4. METODO	
4.1 Planteamiento del problema	51
4.2 Objetivos generales	51
4.3 Objetivos específicos	51
4.4 Hipótesis conceptual	52
4.5 Definición conceptual de las variables	52
4.6 Definición operacional de las variables	53
4.7 Población y Muestra	54
4.8 Instrumento	55
4.9 Procedimiento	57
CAPITULO 5. RESULTADOS	
5.1 Prevalencia del Intento Suicida	58
5.2 Métodos empleados para el Intento Suicida	61
5.3 Motivos para el Intento Suicida	62
5.4 Características Sociodemográficas del Adolescente que intenta suicidarse	63
5.5 Relación entre el Intento Suicida, la Autoestima, la Ideación Suicida y el ambiente familiar	65
5.6 Relación entre Intento Suicida y Consumo de Drogas	66
CAPITULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	70
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	73
ANEXO	
Sección de Datos Sociodemográficos	82
Escala de Consumo de Drogas	82
Escala de Autoestima	86
Escala de Ambiente Familiar	87
Escala de Ideación suicida	88
Cédula de Intento Suicida	88

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa trascendental y crítica para el desarrollo humano, debido a la serie de cambios fisiológicos y psicológicos, e interpersonales que conlleva. Dichos cambios hacen al adolescente vulnerable, pues surge una crisis de identidad que los enfrenta a sí mismos, a las demandas familiares, y de la sociedad, produciéndoles gran ansiedad, rabia y confusión. Sentimientos que en ocasiones, el adolescente no puede afrontar, debido a diferentes factores, entre ellos, sus características de personalidad, el estrés cotidiano y la ausencia de redes de apoyo sociales y familiares. Dichos factores favorecen la presencia de malestar emocional en el adolescente, el cual puede desembocar en conductas de riesgo, como son: consumo de drogas e intento de suicidio, que comprometen su integridad física y psicológica.

Es importante señalar que el intento suicida, forma parte de la conducta suicida. Esta última ha mostrado un incremento paulatino pero constante en la población adolescente de diversos países, y México no es la excepción. En 1970 se registraron en nuestro país 554 defunciones por suicidio en ambos sexos, y en 1991, el registro se incrementó a 2,120 casos, revelando un aumento del 282%. Para ese mismo periodo, la tasa de suicidios en ambos sexos incrementó de 1.3 a 2.2 suicidios, por cien mil habitantes, representando un incremento del 125% a nivel nacional (González-Forteza, Borges, Gómez y Jiménez, 1996)

En México, el panorama epidemiológico, muestra incrementos constantes en las tasas de suicidio e intentos en la población joven (Hijar, Rascón, Blanco, López, 1996). Particularmente, la tasa de suicidios en la población de 15 a 19 años entre 1970 y 1990 pasó de 1.49 a 2.83 por cien mil habitantes, representando un aumento del 90%. En 1990 para el grupo de 15 a 24 años, el suicidio fue la cuarta causa de muerte, sólo superada por los homicidios y accidentes automovilísticos (Borges, Rosovsky, Caballero y Gómez, 1994)

A pesar de que no se cuenta con estadísticas precisas referentes al intento suicida, algunos estudios sugieren que por cada suicidio se presentan hasta diez intentos fallidos, y se ha reportado que hasta un 60% de los sujetos que lo consuman tienen una historia de intentos fallidos previos (Jiménez y Díaz Ceballos, 1995).

A pesar de que el intento suicida se ha identificado como uno de los mejores predictores de suicidio consumado (Roy, 1989; Diesktra, 1980; Nielssen y cols, 1990), "el análisis epidemiológico resulta complicado, ya que ningún país tiene registros confiables al respecto" (Jiménez, Díaz Ceballos, 1995, p. 89)

De acuerdo con Diesktra (1993), uno de cada cuatro intentos se registra y recibe atención, además de que por cada suicidio consumado existen 10 tentativas fallidas.

Investigaciones realizadas por el Instituto Nacional de Psiquiatría, en poblaciones adolescentes estudiantiles, han detectado altos índices de la problemática suicida. En una muestra representativa de adolescentes estudiantes de secundaria y preparatoria del Distrito Federal (N=3459), se encontró que el 47% reportó por lo menos un síntoma de ideación suicida, presente en la semana previa al estudio, un 17% reportó haber pensado en quitarse la vida y un 10% respondió afirmativamente a los cuatro reactivos que conforman la escala de ideación suicida (Medina-Mora, López, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas, 1994).

González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón y Medina-Mora, (1998), indagaron sobre el intento suicida y su relación con el malestar depresivo en adolescentes estudiantiles, y encontraron que el 10.1% reportó haber intentado quitarse la vida por lo menos en una ocasión. Se observaron variaciones importantes por sexo, 13.3% de los casos eran mujeres y sólo el 6.3% eran hombres. La sintomatología depresiva estuvo presente en el 26% de los hombres que intentaron suicidarse y en el 35% de las mujeres. El uso de drogas fue más frecuente en los casos de intento suicida.

Por otra parte, Terroba, Saltijeral y Corral (1987), describieron la relación que existe entre la ingestión de alcohol y el suicidio. Reportaron que la depresión y la desesperanza son factores determinantes en la conducta suicida de las personas con problemas de alcoholismo. Encontraron que de 80 casos de suicidios consumados, 55% (44 personas) bebían alcohol. Es importante mencionar que de estos 44 casos, el 68% se encontraba en estado de embriaguez cuando se suicidó, de acuerdo con la dictaminación del médico forense.

Los factores de riesgo asociados a la problemática suicida que han sido consistentemente mencionados en la literatura, son los trastornos psicoafectivos, depresivos y de ansiedad. Terroba, Heman, Saltijeral y Martínez (1984), encontraron como factores de riesgo, la depresión moderada, la ansiedad y las reacciones transitorias de ajuste. En un estudio con adolescentes con intento suicida (15-24 años), se encontró una frecuencia de 80% de estados depresivos: 60% con depresión intensa, y 20% depresión severa, así como un rasgo de ansiedad predominante.

Como se muestra, el impacto generado por la problemática suicida y su tendencia al incremento en los adolescentes mexicanos, han ocasionado que dicho fenómeno sea considerado un problema de salud pública, y por tanto corresponde a los profesionales de la salud mental investigar y entatar los factores que en el

participan, para así poder identificar grupos de riesgo, planear estrategias de prevención que conduzcan a frenar el aumento en las tasas del suicidio.

Dada la importancia de la problemática, la presente tesis, tiene como objetivos a) Analizar la prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes, y b) Analizar su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar.

Para tal fin, la presente tesis ha adoptado el enfoque epidemiológico como marco de referencia, debido a que permite obtener la prevalencia e incidencia del intento de suicidio, así como conocer los factores que se asocian con esta conducta. Con ello es posible identificar algunas bases para la planeación e implementación de medidas de intervención y prevención en la compleja conducta suicida que se encuentra afectando a nuestra población adolescente estudiantil.

CAPITULO 1. ADOLESCENCIA

1.1 Surgimiento del Estudio de la Adolescencia

El estudio científico de la adolescencia se inicia a principios del siglo pasado tras las publicaciones "*Adolescence*" de Stanley Hall (1904), y "*Tres ensayos sobre una teoría sexual*" de Sigmund Freud (1905). A partir de entonces surgió un importante interés por el conocimiento e interpretación de la pubertad, de la adolescencia y de toda la edad juvenil.

Para algunos, Hall es el pionero de los estudios de la adolescencia. Sin embargo no es hasta 1909, cuando se reúne con Freud en la Clark University, cuando se siembran las bases de la psicología de la adolescencia.

Ambos pensadores, formados en el marco del evolucionismo, convergen en algunos acontecimientos, y consideran la sexualidad como el motor biológico de la evolución humana

Hall, tomó el concepto darwiniano de evolución biológica y lo elabora como teoría psicológica, de la misma forma que la humanidad ha evolucionado a través de etapas, el individuo desarrolla unas fases hasta llegar a la adultez, éstas son: infancia, niñez, juventud y adolescencia (Aguirre, 1994), las cuales se describirán en el apartado de desarrollo emocional.

Por otra parte Freud, consideró la sexualidad no genital a partir del nacimiento, al igual que Hall parte del mito de la recapitulación; es decir, la niñez y la adolescencia son periodos filogenéticos, y detiene la "necesidad" y la "universalidad" biológica de las etapas. Para Freud, los primeros cinco años de vida son los más importantes en el desarrollo de la personalidad, constituyéndose el complejo de Edipo hacia los cinco años, como la piedra angular del comportamiento humano

Dicho autor describe una serie de fases del desarrollo, estas son la oral, la sádico-oral, la anal y la fálica, las cuales se describirán a detalle en el apartado de desarrollo emocional

Durante algunos años, las teorías biológicas explicaron la conducta adolescente, hasta el surgimiento del movimiento "Cultural y Personalidad" entre 1920 y 1940, que a través de la investigación y la observación de campo de los antropólogos culturales, defendieron la idea de la maleabilidad del organismo humano durante su desarrollo y su sensibilidad a las influencias culturales en la adolescencia. La obra de M. Mead, fue la más representativa de este movimiento. Su trabajo

constituyó una crítica al desarrollo traumático de la adolescencia en las culturas occidentales.

1.2 Definición de Adolescencia

El término adolescencia, se remonta al latín "adolescere", que significa "crecer hacia", o "crecer" (ad, que significa crecer "hacia", olescere, "crecer" o ser alimentado).

Hall, 1904 (citado en: Morris, 1992), describe la adolescencia como un periodo de "tormentos y estrés" inevitables, sufrimiento, pasión y rebelión contra la autoridad de los adultos.

Freud, 1905 (Freud, 1917, Morris, 1992), definió la adolescencia como una época de grandes conflictos, ansiedad y tensión.

Brooks (1959), denomina adolescencia, al periodo de la vida humana que se extiende aproximadamente entre los doce y trece años y los veinte. El periodo se cierra cuando el individuo entra a la edad adulta. En el transcurso de esta época alcanzan madurez las funciones reproductoras, y se presentan cambios físicos, mentales y morales que se producen simultáneamente.

Gessel 1956, (Gesell, 1958, Harrocks, 1984), define la adolescencia como un periodo prominentemente rápido e intenso en cuanto al desarrollo físico, acompañado por profundos cambios que afectan a toda la economía del organismo.

Harrocks (1984), ofrece una definición desde el punto de vista biológico. De acuerdo con ello, el individuo se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse. Por lo general, a esto se le conoce como el inicio de la pubertad, pero en realidad este periodo principia con la acción de las hormonas sexuales secundarias. Al terminar la pubertad, el individuo adquiere la capacidad para reproducirse.

Es importante mencionar, que han surgido algunas confusiones al considerar ciertas interpretaciones de la adolescencia, debidos al hecho de que diferentes autores han utilizado criterios diferentes para describir el periodo de la adolescencia o, porque han empleado la misma palabra para describir aspectos distintos y hasta cierto grado, mutuamente excluyentes.

Por ejemplo, Gesell, Ilg y Ames (1958) hablan de la juventud y la definen "como el periodo comprendido entre los 10 y los 16 años, Hall (1911) considera que este periodo es el comprendido entre los 8 y los 12 años, y Landis (1952) restringe el uso

del término juventud a los últimos años de la adolescencia. El término pubescencia se emplea, por lo común, para describir los aspectos de maduración sexual de la adolescencia (Ausubel, 1954), pero un equipo de escritores de libros de texto (Stone y Church, 1957) dicen que la pubescencia es el periodo que abarca aproximadamente dos años antes de la pubertad" (Harrocks, 1984, 21).

1.3 Cambios Físicos durante la Adolescencia

La adolescencia se anuncia con una serie de cambios físicos importantes, entre ellos el incremento rápido tanto en peso como en estatura, el cual es considerado como un signo temprano de maduración. Dicho crecimiento, comienza en las niñas entre los 9 y los 14 años (generalmente alrededor de los 10 años); mientras que en los niños ocurre entre los 10 y los 16 años (generalmente alrededor de los 12 o 13 años). Este crecimiento dura normalmente dos años, e inmediatamente después de que concluye, la persona alcanza su madurez sexual (Behrman y Vaughan, 1983, en: Papalia y Wendkos, 1992).

Antes de este crecimiento, conocido comúnmente como el "estirón", los varones son por lo general 2% más altos que las mujeres; de los 11 a los 13 años de edad, las mujeres son más altas, más pesadas y más fuertes, después del "estirón" los hombres son de nuevo más altos, pero ahora en un 8% aproximadamente. Dicho crecimiento en los hombres es más intenso ya que su aparición es más tardía, lo cual permite un periodo extra de crecimiento.

En ambos sexos, durante este periodo se produce un alargamiento del tronco y piernas. Durante este periodo también cambian otras características físicas: El cuerpo de los niños comienza a hacerse más fuerte, con más musculatura en relación con los dimensiones del cuerpo, crece el corazón, la presión sistólica se eleva al igual que la capacidad de oxigenación en la sangre (Petersen y Taylor, 1980, en: Morris, 1992). Las niñas comienzan a acumular una cantidad proporcional de grasa en brazos, pecho, caderas y piernas, y su cuerpo empieza a ser el de una mujer adulta joven (Morris, 1992).

1.3.1. Características sexuales primarias

Otro aspecto importante dentro de los cambios físicos por los que atraviesa el adolescente, es la aparición de las características sexuales primarias; es decir, los órganos necesarios para la reproducción. En la mujer, las estructuras del cuerpo involucradas son los ovarios, el útero y la vagina; en el varón son los testículos, el pene, la glándula prostática y las vesículas seminales. Durante la pubertad, estos órganos se agrandan y maduran.

El signo principal y más dramático de la madurez sexual en las mujeres es la aparición de la primera menstruación ("menarquia"), es decir, el derramamiento mensual del tejido de la superficie interna de la matriz. Dicha etapa, es vivida por las adolescentes con gran ambivalencia y vergüenza.

Por otra parte, en los varones la primera señal de la pubertad es el crecimiento de los testículos y el escroto, y el signo principal de la madurez sexual es la presencia del espermatozoide en la orina.

1.3.2 Características sexuales secundarias

Éstas se refieren a los signos fisiológicos de madurez sexual que no implican directamente los órganos reproductivos, sino a cambios corporales visibles. Dichos cambios incluyen características tales como los senos en las mujeres y los hombros anchos en los varones. Algunas otras son: cambios en la voz, textura de piel y vello púbico, facial, en las axilas y en el cuerpo, característicos de un varón o mujer adultos.

1.4 Preocupación por los Cambios Físicos

Como es sabido, durante la adolescencia varones y mujeres, generalmente se muestran más interesados en su apariencia física y muchos no están satisfechos con su imagen frente al espejo (Siegel, 1982, en: Papalia y Wendkos, 1992). Se preocupan por su peso, su cutis y sus rasgos faciales, como una nariz muy grande o una barba muy pequeña.

La preocupación de los adolescentes por su apariencia física, deriva de lo importante que ésta resulta para su vida social, lo que a su vez es importante para la autoestima.

La conciencia y el interés que el adolescente tiene por su cuerpo, se acentúa de manera importante cuando éste atrae la atención y tal vez los comentarios de los adultos y demás personas que lo rodean. Esto es, en particular cuando los deseos sexuales por los miembros del sexo opuesto comienzan a aparecer. Esta acentuada importancia que el adolescente da a su cuerpo puede adoptar varias formas, entre ellas, un mayor interés por el sexo opuesto, la apariencia y el desarrollo personal, la fuerza y resistencia muscular y la salud (Harrocks, 1984).

Con estos cambios de interés por los aspectos físicos del sexo, los adolescentes no sólo tienden a generar curiosidad por la presencia física de otras personas, sino que también comienzan a pensar en sus propios cuerpos desde el punto de vista de los otros individuos que probablemente puedan observarlos.

El adolescente tiene deseos conflictivos. Por un lado quiere tener una buena apariencia, ser atractivo, exhibirse; por el otro desea ocultar los atributos físicos que le avergüenzan. Por ejemplo, muchas adolescentes cuyos senos comienzan a crecer se niegan a ponerse en pie cuando tienen que estar enfrente de la clase; se agachan y asumen posturas desgarbadas que consideran menos "reveladoras". Sin embargo, para otras adolescentes, estos cambios enorgullecen y usan ropa demasiado ajustada para demostrar su nueva madurez.

Comúnmente se cree que los hombres se ajustan a los cambios físicos con más facilidad que las mujeres, las ropas ajustadas que un muchacho considere demasiado reveladoras, o la probabilidad de excitación erótica y posible erección son una fuente constante de preocupación para muchos adolescentes varones (Harrocks, 1984).

Los cuestionamientos faciales son particularmente penosos para los adolescentes. Muchos jóvenes tienen erupciones cutáneas, barros, puntos negros, manchas en la piel, etc., tales erupciones y manchas cutáneas constituyen una fuente considerable de vergüenza para ellos (Harrocks, 1984).

Los adolescentes se preocupan también por su apariencia y su funcionamiento corporal. Esta preocupación ocurre a veces por motivos de atracción sexual, pero también participan otras razones, como el tener una buena apariencia y el de revelarse a otras personas de acuerdo con el concepto de sí mismo. La preocupación física puede exagerarse mucho, y si verdaderamente se aleja del concepto ideal, el adolescente puede realizar intensos esfuerzos para mejorar la realidad. Si el adolescente falla en esta tarea, entonces pueden aparecer intensos sentimientos de inseguridad, inferioridad, ansiedad o rechazo por parte de sus compañeros. Por ello tienden a dedicarle mucho tiempo a su arreglo personal.

Es importante resaltar que generalmente los adultos ignoran los sentimientos de los adolescentes con respecto a su apariencia física, y no se percatan de los posibles repercusiones que tendrán en su bienestar psicológico. Por ejemplo, la búsqueda del atractivo físico puede llevar al adolescente a desórdenes alimenticios, tales como: la anorexia y la bulimia nervosa.

1.5 Desarrollo Cognoscitivo

Durante la adolescencia, otra área importante del comportamiento es la referente a las funciones y el desarrollo cognoscitivo.

Cognición es un término que se usa generalmente para designar a todos los procesos por medio de los cuales un individuo aprende e imparte significado a un objeto o idea, o bien a un conjunto de objetos o ideas.

Mediante los procesos cognoscitivos, la persona adquiere conciencia y conocimientos acerca de un objeto. Entre estos procesos se encuentran la percepción, sensación, identificación, asociación, condicionamiento, pensamiento, concepción de ideas, juicio, raciocinio, solución de problemas y memoria (Harrocks, 1984).

El teórico que abordó el desarrollo cognoscitivo fue Piaget, para quien la cognición entraña una conducta de estructuración que determina los diversos circuitos posibles entre sujeto y objeto.

Dicho autor cuya formación también fue biológica, no estaba interesado en la interpretación fisiológica de la conducta, sino que usó conceptos biológicos solamente para explicar el razonamiento humano.

Piaget en 1963, (citado en McKinney, Fitzgerald y Strommen, 1977), se refiere al funcionamiento intelectual como una adaptación, una analogía con el desarrollo evolucionista de las estructuras y funciones biológicas que permiten a los organismos adaptarse al ambiente.

Para Piaget, la inteligencia ocupa un papel central en los procesos psíquicos y existe una continuidad total entre los procesos superiores y la organización biológica. La inteligencia como la vida, es una creación continua de formas que se prolongan unas a otras, pero esa continuidad hay que buscarla en el aspecto funcional y no en el aspecto estructural de los contenidos del conocimiento. Piaget explica el desarrollo cognoscitivo a través de 4 etapas: sensoriomotriz, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales.

Etapas Sensoriomotriz (desde el nacimiento hasta los 2 años), el niño comienza su vida con unos cuantos esquemas hereditarios de tipo y reflejo y, a medida que lo requiere el ambiente, desarrolla respuestas y hábitos más complejos. Durante este periodo el funcionamiento cognoscitivo está restringido a sucesos específicos.

Etapas Preoperacional (de los 2 a los 7 años), los niños construyen conceptos que poseen símbolos, como el lenguaje, para comunicarse. Estas imágenes se limitan a su experiencia personal inmediata (egocéntrica). Sus nociones de causa y efecto son muy limitadas, a veces "mágicas", y tienen problemas para clasificar objetos y eventos.

Etapa de Operaciones Concretas (de los 7 a los 11 años), los niños empiezan a pensar con lógica, a clasificar en varias dimensiones y a comprender conceptos matemáticos siempre que puedan aplicar estas operaciones a objetos o eventos concretos.

Etapa de Operaciones Formales (de los 11 a los 15 años), los individuos pueden aplicar soluciones lógicas tanto a conceptos concretos como abstractos. Pueden pensar sistemáticamente todas las posibilidades, proyectarse hacia el futuro o recordar el pasado, y razonar mediante analogías y metáforas. Es a partir de la adquisición de las operaciones formales, cuando el adolescente puede ampliar su mundo y es capaz de filosofar y pensar libremente en hechos que quedan fuera de sus circunstancias inmediatas y experiencias del pasado. Las operaciones formales tienen cuatro características interrelacionadas: a) la relación de lo real, con lo posible b) la capacidad para hacer análisis combinatorios c) la capacidad para el razonamiento proposicional y d) la capacidad para el pensamiento hipotético-deductivo.

El adolescente puede crear símbolos. En esta etapa las palabras son multipotenciales porque pueden simbolizar otros símbolos, además el adolescente puede dedicarse a la labor de autoestructuración, empleando algunos aspectos de sí mismo como símbolos de otros aspectos, o incluso utilizándose a sí como símbolo de su propia persona.

Cuando entran al periodo de las operaciones formales, adquieren la capacidad de convertirse en idealistas, y en eso se transforman. A consecuencia de esto, a menudo adoptan posturas que les ocasionaran dificultades en su ajuste personal y aceptación social al afrontar la realidad de la vida diaria.

Además, esta etapa es muy importante ya que es en este momento cuando el individuo adquiere el pleno concepto de muerte, y lo entiende como el final de la vida, y como un fenómeno natural e irreversible.

1.6 Desarrollo Emocional

“La palabra emoción, sugiere un estado de ánimo agitado, exaltado” (Gesell, 1958, p. 351). Las emociones no constituyen entes inmutables, sino que cambian con la edad a través de la infancia, de la niñez y de la adolescencia.

De acuerdo con Gesell, el crecimiento emocional es un proceso progresivo de formación de patrones que tiene las múltiples situaciones de la vida cotidiana. Este proceso involucra, ante todo, una intrincada red de relaciones interpersonales. Se extienden a las rutinas del cuidado personal, a los intereses y actividades del

hogar, la escuela, y la comunidad, a la ética de la conducta diaria, a los conceptos y actitudes filosóficas que emanan del yo en expansión.

También afirma que las emociones forman parte inseparable del sistema de acción unitario y que dicho complejo sistema de acción adopta constantemente cambiantes patrones de tensión y de preparación motriz. De esta manera, para Gesell, una emoción es esencialmente el sentimiento de una actitud motriz, ya sea bajo la forma de la ira, del miedo, del cariño o de la calma. Además dichos sentimientos específicos son respuestas a situaciones inmediatas. En su ilimitada variedad reflejan las experiencias de la vida y, sobre todo, la madurez del individuo.

Gesell autor, explica el desarrollo emocional del adolescente, a través de lo que él llamó "gradientes de crecimiento". Éstos nos muestran cómo el clima emocional varía de año en año de acuerdo con el ascenso del nivel de madurez general. Gesell reconoce que ciertas características emocionales persistentes podrían atribuirse al carácter innato; sin embargo menciona que existen otras características individuales que se remontan a las experiencias vitales más o menos distantes.

"La emoción es esencialmente un sentimiento personal de actitudes motrices provocadas por las situaciones de la vida diaria. A medida que el sistema de acción va cambiando de una edad a otra, así cambian también las situaciones y el modo de reaccionar de la conducta. La duración, la forma y las secuencias del cambio no son fortuitas. Son lo bastante consecuentes para permitir extraer la conclusión de que la conducta emocional se desarrolla por grados." (Gesell, 1958, p. 352).

En su libro *"el adolescente de 10 a 16 años"*, menciona que durante estos años se ve surgir una cierta combinación de los factores constitucionales y los culturales. El yo emocional crece a través de una combatividad inmediata a los diez y once años; por entonces la norma es más la violencia física que la verbal. En el nivel cronológico de los trece, esta violencia primitiva da lugar a replegarse sobre sí mismo o a la réplica verbal, con un dominio mucho más perfecto del carácter.

De acuerdo con dicho autor, la vida emocional del adolescente no se halla limitada, por supuesto, a las grandes emociones como la ira, el miedo, el amor, los celos. Abarca una innumerable cantidad de situaciones en que surgen o son reprimidos muchos sentimientos sin nombre, sentimientos que de forma discreta o constante, intensos o atemperados, tienen toda la vida del adolescente. No hay una sola actividad en la mente o de la personalidad que no reciba el inevitable influjo de alguno de estos sentimientos, que tanto pueden ser estados del humor, como deseos, fobias, aceptaciones o rechazos. Los sentimientos registran y dirigen las reacciones del individuo. Ellos reflejan y modifican tanto las funciones fisiológicas como las psicológicas, formando parte de los procesos mentales y morales de la

percepción, el juicio, la decisión y la estimación; y operan casi sin cesar en la formación del carácter.

Como se mencionó anteriormente, Gesell explica el desarrollo emocional por medio de los gradientes del crecimiento, los cuales existen para cada emoción. Sin embargo a continuación sólo se mencionarán los referentes a las emociones en general.

GRADIENTES DEL CRECIMIENTO

Las emociones en general

10 años
En opinión de los padres Diez es franco, positivo, simple, directo, infantil. En general tiene buen carácter y se halla bien equilibrado. Persisten algunos temores, pero Diez se muestra menos ansioso y exigente que nueve, llora rara vez y declara que es verdaderamente feliz. La ira no es frecuente pero si violenta, inmediata, manifestada físicamente y de pronta resolución. El sentido del humor es amphi, trabajado, generalmente carente de gracia para los adultos.
11 años
Los padres califican a Once penetrante, sensible, orgulloso, egoísta, beligerante, celoso, rencoroso, discutidor, rudo y poco dispuesto a cooperar, y lo acusan de un fuerte amor propio y un engorroso espíritu de contradicción. Sin embargo con otros adultos puede ser cortés, serio, honrado, sincero, abierto, confiado, positivo. Dramatiza y exagera sus declaraciones. La respuesta de cólera a las provocaciones es con frecuencia violenta, tanto física como verbalmente. Su sentido del humor es vivo, burdo y a menudo sucio. Presentan muchas lagrimas, preocupaciones y temores. Sin embargo la mayoría se considera feliz.
12 años
Al niño de esta edad, se le considera expansivo, extrovertido, entusiasta, generoso. Los padres mencionan que constituye una buena compañía, mostrándose amigoso, comprensivo, reflexivo, ameno y razonable. Tiene muchos temores, pero menos preocupaciones, menos celos y menos llanto. Demuestra gran entusiasmo por las cosas que le gustan, y odio profundo por las que no le gustan. Trata con los demás y es tratable, con respecto a su sentido del humor, resulta más gracioso para los adultos. Tiende al insulto, y a las bromas a expensas de otros.
13 años
Se caracteriza por ser reflexivo, reservado, tranquilo, dueño de sí. Estas características pueden extremarse y entonces puede considerarse retraído, morboso, malhumorado, melancólico, letárgico, callado, indiferente, apagado, solitario. En extremo es sensible y vulnerable. Se enoja e irrita con facilidad. Los rasgos de humor son menos frecuentes, inclinándose hacia el sarcasmo, pero resultan más divertidos para los adultos.
14 años
Catorce es expansivo, extrovertido, entusiasta y lleno de energías. Tiene cierto amor propio y le gusta competir. La cólera es menos frecuente y la manifiesta más verbal que físicamente, o bien opta por retirarse. Puede experimentar en realidad una mayor confusión y desconcierto íntimos, lo que pareciera indicar su actitud independiente y segura de sí misma.

15 años

Los padres indican que es más seguro de sí mismo, más determinado, sutil, discriminatorio y autocontrolado que a los catorce. La conducta es mucho menos extrovertida y muchos se muestran malhumorados, inquietos, insatisfechos, apáticos. Prefiere disimular sus sentimientos. Puede sentirse desconcertado y confundido. Es ya suficientemente maduro para tener conciencia de muchos problemas; sin embargo, no ha logrado encontrar soluciones. Puede sentirse desdichado consigo mismo y con los demás, pero a juzgar por sus propias declaraciones se siente mucho más feliz de lo que aparenta.

16 años

Es alegre, amistoso, positivo, extrovertido y se halla bien adaptado y equilibrado. Por lo general toman las cosas con calma, piensa que todo marcha razonablemente bien, encara serenamente los problemas más serios, y no cree que convenga preocuparse o afligirse por ellos. Algunos jóvenes se han vuelto sumamente analíticos en cuanto a sus propias emociones. Les interesa mucho saber si son capaces de dominar sus emociones o si las emociones los dominan a ellos. Tienen mejor control de la ira, y el humor puede servirle como recurso social. La autocrítica es frecuente.

Fuente: Gesell, 1958

A diferencia de Gesell, teóricos como Hall, Freud y Erickson explican el desarrollo emocional por etapas.

Hall 1916, (citado en: Muuss, 1994), al igual que Freud, considera la adolescencia como un período filogenético, es decir que el ser humano en su desarrollo atraviesa por etapas que corresponden a aquellas que se dieron durante la historia de la humanidad. Hall propone cuatro etapas del desarrollo humano: infancia, niñez, juventud y adolescencia.

El período de la infancia incluye los primeros cuatro años de vida, la niñez entre los cuatro y los ocho años, la preadolescencia de los ocho a los doce y la adolescencia es el período que se extiende desde la pubertad (alrededor de los doce o trece años) hasta alcanzar el estatus de adulto. Hall describió la adolescencia como un período característico de "tormenta e ímpetu". De acuerdo con Hall, la adolescencia corresponde a una época en que la raza humana se hallaba en una etapa de turbulencia y transición.

Para Hall, la infancia y la niñez corresponden al estadio primitivo humano, la juventud representa la transición de la humanidad, mientras que la adolescencia supone la fase avanzada del desarrollo. Hall los describe de la siguiente forma:

Infancia (0-4 años): etapa animal que implica un desarrollo sensorial de autoprotección intuitivo.

Niñez (4-8 años): Etapa cultural, relativa al hombre cazador-recolector, en que el niño juega al escondite, vaqueros e indios, construye chozas y cuevas, etc.

Juventud (8-12 años): etapa preadolescente de latencia, en la cual se desarrolla una vida educativa un tanto monótona, que tiene su parangón en el salvajismo (Aguirre, 1994).

Hall percibía la vida emotiva del adolescente como una fluctuación entre varias tendencias contradictorias. Energía, excitación y actividad sobrehumanas alternan con la indiferencia, el letargo y el desganado. La alegría exuberante, las risas, y la euforia ceden lugar a la disforia, la lobreguez depresiva y la melancolía. El egoísmo, la vanidad y la presunción son característicos de ese período de la vida como el apocamiento, el sentimiento de humillación, y la timidez. Afirma que el adolescente desea la soledad y el aislamiento, pero al mismo tiempo, se encuentra integrando grupos y amistades. Además menciona que el adolescente puede exhibir sensibilidad y ternura, pero también dureza y crueldad, así como apatía, curiosidad entusiasta y un impulso de explorar y descubrir. En su anhelo por encontrar ídolos y autoridad, hace que dirijan un radicalismo revolucionario contra toda autoridad. Hall considera esos impulsos antitéticos de entusiasmo prometeico y, al mismo tiempo, de profunda melancolía.

Por otra parte, Freud sostuvo que el individuo repite experiencias anteriores del género humano en su desarrollo psicosexual.

Freud, en su teoría del desarrollo por etapas, sostiene que el niño pequeño atraviesa por cinco fases definitivas en los primeros cinco o seis años de vida, y sólo dos más en los quince años siguientes de la niñez y la adolescencia.

- 1) Etapa Oral: A partir del nacimiento, el niño recibe estímulos autoeróticos agradables en la zona oral erogena a través de acciones como las de chupar, beber y comer.
- 2) Etapa Sádico-Oral: Cuando el niño manifiesta sus tendencias sádicas en la acción de morder durante la dentición.
- 3) Etapa Anal: Comienza al final del segundo año de vida, en esta etapa, la fuente de placer se desplaza de la región oral, a la anal. Es aquí cuando el niño detiene y retrasa para lograr mayor placer y poder ejercer control sobre sus padres.
- 4) Etapa Fálica: Se inicia con la manipulación de los órganos sexuales. La masturbación infantil y la necesidad de conocimiento y exploración, aparecen en esta etapa. El descubrimiento del yo acompaña el comienzo del narcisismo. El desarrollo del yo cambia drásticamente la visión del mundo en el niño. El principio de realidad adquiere una importancia cada vez

mayor, y se subordina el principio del placer a las funciones de investigación de la realidad que se van manifestando en el yo.

- 5) **Etapa Genital:** En la pubertad, los impulsos sexuales afloran y se trasladan a la zona genital. En tanto que la búsqueda del placer es la meta de todas las formas infantiles de sexualidad, los cambios fisiológicos de la pubertad, originan otro objetivo sexual: la reproducción.

Freud señala que con el despertar la sexualidad, aumenta la excitación nerviosa, la ansiedad, la fobia genital y las perturbaciones de la personalidad, debido a la incapacidad del adolescente para remediar el abrumador dinamismo sexual. Señala que los cambios biológicos traen consigo alteraciones de conducta y dificultades de adaptación, pues la sexualidad del individuo entra en conflicto con su seguridad. Además de que la madurez sexual influye sobre todo en el sistema nervioso, provocando un incremento en la excitabilidad y la disminución de la resistencia contra el desarrollo de síntomas histéricos y neuróticos. De esta idea se desprende que todo adolescente es proclive a desarrollar síndromes psicopatológicos.

De acuerdo con Freud, los principales problemas que puede enfrentar el adolescente son: la posibilidad de invertir el objeto sexual, debido a que fuerte lazos de amistad entre jóvenes los ligan de forma exclusiva con individuos de su mismo sexo. Y el mantenimiento de la situación edípica, debido a la incapacidad del adolescente de desprenderse de la dependencia que lo vincula con sus padres; tanto del apego libidinal del muchacho hacia la madre como de la dominación ejercida por el padre.

De acuerdo con la teoría freudiana, las etapas del desarrollo psicosexual son genéticamente determinadas y relativamente independientes de factores ambientales, por ejemplo la suposición de que el complejo de edipo como un fenómeno universal. El periodo de latencia toca a su fin con el crecimiento y la maduración de los genitales, lo cual es una característica biológica. Debido a que la pubertad está vinculada con aquellos cambios corporales que se asocian con la maduración de las funciones reproductoras, se ha de considerar, como un fenómeno universal. Para Freud, existen estrechas relaciones entre los cambios fisiológicos y procesos corporales por una parte y las alteraciones psicológicas y la autoimagen por la otra. Según Freud, los cambios de conducta durante la adolescencia, como la agresividad y la torpeza están vinculados con alteraciones fisiológicas. También afirmó que el concepto de sí mismo y la imagen del cuerpo ponen al individuo en relación con otras personas. Lo cual indica la existencia de cambios sociales somáticamente fundados, la liquidación de la situación edípica, el establecimiento de relaciones homosexuales (por lo menos por un periodo corto), y más tarde de relaciones heterosexuales. Además concluye que los cambios

fisiológicos están relacionados con alteraciones emocionales, especialmente de acercamiento de emociones negativas tales como la depresión, la ansiedad, el desgano la tensión y otras formas de comportamiento adolescente.

Erikson, 1963 (citado en: Muus, 1994) describió las ocho etapas del hombre, y señaló que el éxito en cada una depende de la solución e integración que el individuo haya dado a las anteriores. Las ocho etapas fundamentales, pueden equipararse con las etapas freudianas.

1. **Confianza contra desconfianza (etapa oral).** En los primeros años de vida el niño no sabe si confiar o no en sus padres. Si sus necesidades se satisfacen, generalmente llega a confiar en el ambiente y en sí mismo. El resultado de ello es la fe en la predictibilidad del ambiente y un optimismo por el futuro. El niño frustrado se vuelve receloso, temeroso y demasiado interesado en la seguridad.
2. **Autonomía contra vergüenza y duda (etapa anal).** En los tres primeros años, el crecimiento físico le permite el niño una autonomía creciente y un mayor contacto con su medio. Aprende a caminar, tomar las cosas, a controlar sus funciones excretorias. Si fracasa muchas veces en su intento por dominar estas destrezas, puede surgir la duda en sí mismo. Una respuesta de duda en sí mismo es la rutina de seguir compasivamente rutinas fijas. En el otro extremo se encuentra el rechazo hostil de todos los controles, tanto los internos como los externos. Si los padres y otros adultos menosprecian los esfuerzos del niño, éste puede empezar a sentir vergüenza y adquirir un sentimiento permanente de inferioridad.
3. **Iniciativa contra sentimientos de culpabilidad (etapa genital).** Entre los tres y los siete años de edad, el niño se vuelve cada vez más activo, emprende nuevos proyectos, manipula objetos que lo rodean, hace planes y conquista nuevos retos. El aliento y el apoyo de los padres en estas iniciativas puede generar un sentimiento de alegría al tomar iniciativas y emprender nuevos retos. Sin embargo, cuando el niño no logra adquirir el sentido de la iniciativa, probablemente persistirán los sentimientos de culpabilidad, de falta de autoestima y de resentimiento.
4. **Laboriosidad contra inferioridad (etapa de latencia).** De los 6 a los 7 años, el niño se encuentra con un nuevo grupo de expectativas en su familia y en la escuela. Debe aprender las destrezas necesarias para convertirse en un adulto que lleva una vida normal: se vale por sí mismo, realiza trabajo productivo y lleva una vida social independiente. Si no se le estimula en su esfuerzo por formar parte del mundo de los adultos, puede llegar a la conclusión de que es

inadecuado, mediocre o inferior, perdiendo entonces la fe en su capacidad de ser una persona productiva.

5. Identidad contra confusión de roles (etapa de pubertad y adolescencia). Con el inicio de la pubertad, finaliza la niñez y aparecen las responsabilidades de la adultez. El problema crítico en esta etapa consiste en encontrar la propia identidad. En opinión de Erikson, la identidad se logra al integrar varios roles (estudiante, hermano, hermana, amigo) en un patrón coherente que brinde el sentido de continuidad o identidad internas, cuando no logra forjarse, una identidad se conduce a la confusión de roles y a la desesperación.
6. Intimidad contra aislamiento (etapa de adultez joven). Durante los primeros años de edad adulta, hombres y mujeres deben resolver otra cuestión decisiva: lograr intimidad con un miembro del sexo opuesto. El matrimonio suele ser la forma en que se manifiesta este intento. De acuerdo con Erikson, para amar a alguien, se deben haber resuelto bien las crisis precedentes y sentirse seguro de la propia identidad. Para formar una relación íntima, las personas deben confiar en los demás, ser independientes, capaces de tomar la iniciativa y mostrar otras características de la madurez. Si no se logra la intimidad, aparecen una soledad dolorosa y el sentido de no estar completo.
7. Productividad contra estancamiento (etapa de edad adulta). En los años intermedios de la adultez, más o menos entre los 25 y los 60 años, el reto consiste en ser productivo y creativo en todas las facetas de la vida. Las personas que han transitado con éxito a través de las etapas anteriores tienden a encontrar sentido y placer en todas las actividades de su vida: profesión, familiar, participación en la comunidad. Para otros, la vida se vuelve monótona, se sienten aburridos y resentidos.
8. Integridad contra desesperación (madurez). Al iniciarse la vejez, todos deben tratar de aceptar la inminencia de la muerte. Para algunos, se trata de un periodo de desesperación al perder los roles anteriores: el de empleado o progenitor, entre ellos. Pero de acuerdo con Erikson, esta etapa también brinda la oportunidad de alcanzar la plenitud del yo, es decir, la aceptación de la propia vida, el sentido de que es completa y satisfactoria. Los que alcanzan la madurez plena, al resolver debidamente los etapas anteriores poseen la integridad suficiente para afrontar la muerte con poco miedo.

1.7 Desarrollo Social

De acuerdo con Gesell, Ilg y Ames (1958), los niños entre los 10 y los 12 años se encuentran muy ligados a su familia y participan generalmente con agrado en

cualquier actividad familiar. Les gusta sentirse parte de la familia, la aprecian y la prefieren por encima de los amigos. Aunque a los 12 años se interesan menos por las actividades familiares y comienza un retraimiento "me gusta pasar cierto cierto tiempo con mi familia, pero también me gusta estar con mis amigos" (Gesell y cols., 1958, p.427).

A los trece años aparece un marcado retraimiento de todas las actividades familiares y disminuye el tiempo que el individuo pasa con su familia. Cuando se llega a los 14 años la mayoría de ellos se sienten hostigados por su familia y experimentan una fuerte necesidad de desligarse de la misma.

A los 15 años, la familia suele pasar a segundo término. Se evidencia el retraimiento, la hostilidad y el adolescente suele ser muy reservado, en ocasiones se muestra bastante distante de la familia. En este momento se incrementa su deseo de desprenderse de su familia, la cual, de acuerdo con sus palabras, es hostil e incomprensiva. Desean ser libres e independientes. Para muchos, los amigos son todo y la familia, nada.

A los 16 años, generalmente se produce un tipo de reconciliación familiar, hay menos discusiones, menos hostilidad y más aprecio. Muchos adolescentes se sienten satisfechos con el grado de libertad que han alcanzado. Las relaciones se tornan suaves y amistosas, aunque siguen considerando que su familia no los comprende y no tienen nada en común. La compañía de los amigos continúa prefiriéndose en lugar de la de los padres.

Lo mencionado anteriormente, pone de manifiesto que la separación de los padres es un evento sumamente importante en la vida del adolescente. Para que esta transición de dependencia hacia los padres a la propia independencia tenga lugar, el adolescente debe desarrollar un sentido de sí mismo estable o de identidad (Erickson, 1968, citado en Morris, 1992).

Marcia, 1980 (citada en Morris, 1992), identificó cuatro resultados posibles de los intentos del adolescente por lograr una identidad estable. Los adolescentes que la logran, han tenido éxito en sus elecciones personales respecto a los objetivos que deben perseguir. Se sienten cómodos con sus diferentes papeles y confían en que sus valores y actos les valdrán la aprobación de los demás. Por el contrario, otros adolescentes se hipotecan, es decir, adoptan prematuramente una identidad proporcionada por otros y se convierten en lo que los otros deciden. Otros adolescentes declaran una moratoria y abandonan el problema de desarrollar una identidad, a la vez que siguen explorando diferentes alternativas y elecciones. El último grupo de adolescentes experimenta una identidad difusa, son adolescentes satisfechos con el lugar que ocupan en la sociedad, pero también son incapaces de desarrollar una identidad nueva que "les sienta bien". No pueden "encontrarse a sí

mismos" y podrían recurrir a actividades escapistas para contrarrestar la ansiedad que sienten (Adams y Gullota, 1983, en: Morris, 1992).

Como se mencionó anteriormente, parte de la formación de la identidad implica cierto grado de separación de la familia. En este momento de transición, la mayoría de los adolescentes acuden a su grupo de amigos de la misma edad, quienes les proporcionan una red de apoyo que hace posible la autonomía y la experimentación con diferentes valores culturales, al mismo tiempo que se satisfacen las necesidades de cercanía emocional.

El grupo de amigos también ayuda al adolescente a determinar su propio estilo social. Debido a esto, con frecuencia los adolescentes sienten una desesperada necesidad de aprobación por parte de sus amigos, con respecto a sus decisiones y opiniones, así como a sus patrones de comportamiento preferidos. Continuamente se cuestionan sobre lo adecuado de su comportamiento y se les dificulta tolerar las críticas, lo cual resulta en rígido conformismo respecto de los valores del grupo de amigos de la misma edad.

Como se ha expuesto, los amigos son importantes para los adolescentes; sin embargo, la naturaleza de la amistad varía significativamente durante esta etapa de la vida. Al principio, los grupos de amigos tienden a ser grupos pequeños, de tres a nueve miembros, y de un solo sexo (llamados pandillas). La pandilla proporciona al adolescente amistad íntima y cercanía. Con el tiempo, estos grupos de un solo sexo se desintegran y son reemplazados por grupos mixtos, que a su vez se disuelven, cuando la "pareja" se convierte en la forma dominante de amistad íntima (Dunphy, 1963, en: Morris, 1992). En un principio, los relaciones heterosexuales dentro del grupo son de corta duración y satisfacen las necesidades mutuas, pero carecen de la connotación de "enamoramiento", compromiso y matrimonio (Sorensen, 1973, en: Morris, 1992). Dichas relaciones no exigen amor, y pueden disolverse de la noche a la mañana, sin embargo, entre los 16 y los 19 años, la mayoría de los adolescentes adopta patrones más estables; ya no les interesan las multitudes y pueden aceptar la función que su sexo les impone y empiezan a ser más competentes para una relación de amistad íntima de larga duración.

"La presencia del fenómeno grupal en la adolescencia, tiene una gran importancia y trascendencia ya que responde a la búsqueda que el adolescente hace de una nueva identidad, en un periodo de importantes cambios en los llamados núcleos de pertenencia: principalmente en la familia. El vínculo grupal le proporciona al adolescente todo aquello que anhela encontrar como consecuencia de las serias transformaciones psíquicas y físicas sufridas: una seguridad un reconocimiento social, un marco efectivo y un medio de acción, en definitiva un espacio vital e imaginario, fuera de todo dominio adulto" (Rodríguez, 1994)

1.8 Problemas de Adaptación en la Adolescencia

Como se ha visto, la adolescencia a menudo es un periodo de emociones confusas, formación de la identidad y cuestionamiento. En general es una época difícil y turbulenta para la mayoría de ellos, razón por la cual en los adolescentes suelen presentarse ciertos problemas de adaptación, los más comunes son: consumo de drogas, depresión, conducta delictiva y el suicidio. A continuación se revisarán brevemente estos problemas.

Consumo de drogas: Los adolescentes consumen drogas por diversas razones, una de ellas es simplemente porque están ahí, es decir, por su disponibilidad. En una encuesta estudiantil llevada a cabo en el Distrito Federal se les preguntó a los adolescentes que tan fácil o difícil sería para ellos obtener drogas, y se encontró que el 35% de los hombres y 23% de las mujeres consideraron que era fácil o muy fácil conseguirlas (Villatoro, Medina-Mora, Cardiel, Villa, Alcántar, Vázquez, Fleiz y Navarro, 1999).

Una característica propia del adolescente es la curiosidad por su mundo, por dicha razón son más proclives que la mayoría de los adultos a tomar riesgos, lo cual puede deberse a que desean demostrar que no son unos cobardes, así como su sentido de aventura. De este modo, para muchos adolescentes la experimentación con drogas puede ocurrir simplemente por curiosidad, por un sentido de audacia o por la oportunidad de hacerlo. Además cabe señalar, que el adolescente no cree, por lo menos al principio que pueda sucederle algo grave.

Algunos adolescentes consumen drogas por la influencia de su grupo de amigos o para agradar al novio o la novia. Por otra parte, las relaciones que el adolescente mantiene con sus padres pueden ser un factor para que éste consuma drogas.

Para Conger (1980), el riesgo de involucrarse seriamente con las drogas es menor cuando se tienen padres democráticos, con autoridad y afectuosos, y por el contrario el riesgo de convertirse en adictos es mucho mayor en los adolescentes cuyos padres no son afectuosos sino negligentes, demasiado tolerantes, o en contraste, autoritarios y hostiles.

Otra de las razones por las que un adolescente usa drogas, es para escapar de las presiones de la vida o del aburrimiento, mitigar la ansiedad, la depresión o el temor al fracaso. De acuerdo con Conger (1980), el mayor peligro del empleo de drogas en los adolescentes, es que pueden convertirse en un sustituto para aprender a encarar los problemas cotidianos y las inevitables frustraciones de la vida.

En parte, el uso de drogas entre los adolescentes puede reflejar su inadaptación y una serie de perturbaciones emocionales. Al respecto, un grupo de adolescentes drogadictos en rehabilitación admitieron que las razones para su consumo fueron los sentimientos de rechazo o indiferencia por parte de sus padres; la falta de aceptación por parte de sus compañeros; el aislamiento emocional y la baja autoestima, la cual sentían que debía ser ocultada, aparentando frialdad (Conger, 1980).

Delincuencia: Para muchos, el que el adolescente pertenezca a una pandilla, es algo indeseable, ya que se le relaciona con la delincuencia. Crain, 1951 (citado en: Powell, 1975), afirma sin embargo, que las pandillas de preadolescentes no son producto de un medio ambiente subnormal, puesto que también existen en medios ambientes en que los sentimientos y las energías de los adolescentes no tienen salidas suficientes. Dicho autor, señala que la esencia de la conducta de esas pandillas, es poner a prueba esas restricciones que imponen las costumbres de los adultos. En lugar de esa barrera de los adultos, la pandilla desarrolla su propio sistema de costumbres, que le da cohesión y que protege la identidad de todo aquel que pertenece al grupo. La pandilla puede desempeñar un papel importante en la socialización del adolescente.

Por otra parte, dentro de una pandilla también pueden estar presentes los actos delictivos; sin embargo, el que un adolescente se convierta en un delincuente depende de diferentes factores, entre ellos vivir en zonas socialmente desorganizadas y económicamente empobrecidas, (aunque también se da en zonas de nivel socioeconómico alto), y las relaciones familiares, específicamente la relación con los padres parecen ser decisivas. Conger (1980), señala que las técnicas disciplinarias iniciales, a las cuales se han sometido los delincuentes, tienden a ser relajadas, erráticas o bien demasiado estrictas e incluir el castigo físico en lugar de permitir el razonamiento con el adolescente en relación con su mala conducta.

Además señala que muy probablemente, entre los delincuentes las relaciones entre padres e hijos se caractericen por la hostilidad mutua, la falta de cohesión familiar y el rechazo, la indiferencia, la división o la apatía de los padres.

También menciona que los padres de los delincuentes pueden apreciarse como personas crueles, negligentes e inclinadas a ridiculizar a sus hijos. Tienen menos probabilidades de ser considerados como unos padres cálidos o afectuosos. A su vez, sus hijos delincuentes, en especial varones, tienen menos vínculos estrechos con ellos y los consideran completamente inaceptables como modelos de conducta.

Por otra parte, menciona que es probable que las madres de los delincuentes sean consideradas como personas descuidadas o ineptas para el cuidado de los niños, así como hostiles o indiferentes, más que como afectuosas y responsables.

Depresión: Joselyn 1971, (citada en: Conger, 1980), señala que si hubiera un estado emocional universalmente reconocido para la adolescencia, este sería la depresión. En la mayoría de los adolescentes, tales sentimientos son pasajeros; sin embargo, para algunos la depresión o la melancolía puede ser un estado de ánimo predominante, es entonces cuando se convierte en una alteración de consideraciones clínicas que requiere de ayuda profesional.

La depresión de los adolescentes puede manifestarse de diversas maneras, entre ellas en actitudes de aburrimiento o inquietud, así como en la incapacidad de estar a solas o por el contrario una búsqueda constante de nuevas actividades. Sin embargo, pueden presentarse síntomas propios de una depresión oculta, como son la drogadicción, la promiscuidad, los actos delictivos y la búsqueda del riesgo.

La depresión en la adolescencia puede tomar dos formas, en la primera, el adolescente puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío. Joselyn (1971; citada en Conger, 1980) afirma que los adolescentes de este grupo se lamentan por la identidad que tenían cuando eran niños y no pueden encontrar una identidad adulta a la cual puedan adaptarse. Además, señala que el adolescente no carece de sentimientos, sino que no puede manejar o expresar los que ahora tiene.

El segundo tipo de depresión, se basa en las antiguas y repetidas experiencias de derrota o fracaso. Este tipo de depresión es más difícil de tratar, sin embargo es necesario, ya que las consecuencias son dramáticas, pues suele conducir a una perturbación extrema de conducta, como es el suicidio.

Suicidio: Es importante señalar que el suicidio en los adolescentes, es una conducta que se ha incrementado en los últimos años. En México, el panorama epidemiológico, muestra incrementos constantes en las tasas de suicidio e intentos en la población joven (Hijar, Rascón, Blanco y López, 1996). Específicamente para el grupo de 15-24 años, el suicidio fue la cuarta causa de muerte, precedida por los homicidios y accidentes automovilísticos (Borges, Rosovsky, Caballero y Gómez, 1994).

A pesar de estas cifras, llama la atención que la tasa de intentos suicidas es mucho mayor en comparación con la de los suicidios consumados, de acuerdo con algunos expertos, esta es de unas cincuenta a cien veces mayor (Conger, 1980). De acuerdo con dicho autor, muchos intentos suicidas por parte de los adolescentes no se deben a un impulso momentáneo, sino a una larga serie de intentos por encontrar soluciones alternativas a sus problemas.

Para el adolescente la vida es caótica y confusa, además le falta la estabilidad que le proporciona la experiencia; sin embargo, puede anticipar el futuro, con frecuencia piensa que lo que siente en un momento durará por siempre, no puede concebir todavía que el "tiempo cura todas las heridas"; por eso algunos buscan una solución permanente para sus problemas del momento (Morris, 1992).

La mayor parte de los suicidas adolescentes han experimentado la disolución de vínculos familiares y sociales significativos y una constante sensación de aislamiento y desamparo. Tanto los que piensan en el suicidio como los que realmente lo intentan, con frecuencia han pasado por enojo extremo de los padres, depresión de los mismos y malas relaciones con ellos. Los adolescentes que intentan suicidarse suelen tener una larga historia familiar desequilibrada, que se caracteriza por la desavenencia conyugal entre sus padres, los problemas emocionales de éstos, su divorcio mal manejado o unas segundas nupcias e incluso el abandono por parte de ambos. En casos donde estos signos no son claramente visibles, es probable que exista una pérdida de la comunicación entre los padres y sus hijos. De esta manera, el adolescente se siente incapaz de acudir a ellos en busca de apoyo. Frecuentemente los adolescentes tratan de compensar esta deficiencia buscando apoyo emocional en otras personas, pero de no servirle de ayuda, las consecuencias pueden ser muy serias. La sensación de estar solo puede hacer que el adolescente sienta el suicidio como el único y último recurso posible.

Como se puede recordar, la adolescencia es una etapa crítica y trascendental en la vida del ser humano debido a la serie de cambios fisiológicos y psicológicos, e interpersonales que conlleva. Aunque no siempre es así, generalmente dichos cambios hacen al adolescente vulnerable, pues surge una crisis de identidad que los enfrenta a sí mismos, a las demandas familiares y de la sociedad, produciéndoles gran ansiedad, rabia y confusión. Se expuso también, que en ocasiones los adolescentes al no ser capaces de afrontar tales sentimientos, pueden ser presa fácil de las conductas de riesgo, como son el consumo de drogas y el suicidio.

El capítulo siguiente abordará la conceptualización de la conducta suicida en adolescentes, así como las investigaciones realizadas en México en torno a dicha conducta.

CAPITULO 2. CONDUCTA SUICIDA

2.1 Consideraciones Generales

Antes de comenzar a mencionar las teorías que tratan de explicar el suicidio, es conveniente hacer una serie de aclaraciones acerca de este término.

El término suicidio ha sido utilizado indistintamente para referirse a diversos comportamientos, por ejemplo Shneidman (1973) expone algunas de las dificultades que giran en torno al calificativo "suicida". La primera se refiere a que "suicida" se aplica a diferentes categorías de conducta. Se llama "suicida" a la persona que ha cometido, intentado o pensado en el suicidio. La segunda confusión está relacionada con el aspecto temporal y se encuentra al calificar a alguien como "suicida", pues se habla de "suicida" tanto para referirse a la persona que intentó en el pasado un acto suicida como para definir a la persona que en el momento presente comete un acto de suicidio. Una última confusión se relaciona con la idea de propósito; ya que la intención es un factor clave a tener en cuenta para definir un acto como "suicida". Como se ha visto, la conceptualización del suicidio es complicada, y se vuelve aún más, cuando se hace referencia a una serie de comportamientos que no concluyen en muerte y que son provocados voluntariamente por el propio sujeto. Son también conductas suicidas, que sin embargo no producen la muerte del sujeto.

2.2 Definición de la Conducta Suicida

Autores como Van Egmond y Dieskra (1989), hablan de parasuicidio, para referirse a un tipo de conducta que se diferencia del intento suicida, ya que supone un comportamiento autolesivo para el sujeto, pero conscientemente no mortal, en tanto el intento de suicidio es entendido como un suicidio fallido.

Porkorny (1986, citado en Villardón, 1993), propone el término "suicidio consumado" para la muerte por suicidio y "conductas suicidas" para una serie de términos relacionados. Menciona tres grandes categorías de conductas suicidas: el suicidio consumado, el intento de suicidio y las ideas de suicidio.

2.3 Definición de Intento Suicida

El intento de suicidio que es el tema central de la presente tesis, se encuentra dentro de las conductas suicidas no fatales, es decir, del parasuicidio. Kreitman (1969, citado en: Sarró, 1991), lo define como un acto no mortal en el que la persona, de forma deliberada, se autolesiona o ingiere medicamentos a dosis superiores de las prescritas. Dicha definición al considerar además el deseo de morir, explica el intento de suicidio.

Stengel (1965), define el intento suicida como cualquier acto de autoperjuicio infligido con intención autodestructiva, aunque sea vaga o ambigua. Por otra parte, Diesktra (1993) lo define como un acto no habitual con un fin no fatal, que se realiza de forma deliberada por la persona que se causa autolesiones o se las causaría si los demás no interfirieran.

2.4 Clasificación del Intento Suicida

Marchiori (1998), señala que el intento de suicidio en el que no se produce ningún daño físico, está relacionado con los instrumentos utilizados que resultan inofensivos para el propósito autodestructivo del individuo.

De acuerdo con ella, el intento suicida frustrado implica diversos motivos. El intento puede llevarse a cabo sin decisión, el individuo desconocía las limitaciones del medio-instrumento, ambivalencia frente al acto suicida.

También resalta que dicha conducta, como es sabido, pone en riesgo la vida de un individuo, y que no todos los intentos presentan las mismas características, desde el punto de vista del peligro para la vida del individuo.

Bajo esta perspectiva, Marchiori hace una clasificación de los intentos suicidas, basada en la intención del acto suicida a través del método elegido, y en ella, las circunstancias del lugar y las personas no están contempladas. En muchos casos el suicida conoce que determinadas personas están cerca de él y que acudirán a su auxilio, aun cuando las armas elegidas o medios elegidos sean mortales.

En otros casos, la intención no es morir sino provocarse una autolesión para llamar la atención, por motivo de venganza, culpa o soledad. En estos casos puede llegar la muerte debido a que las personas que le rodean no advirtieron la situación y la persona muere, por ejemplo, desangrada o asfixiada.

1) Intento gravísimo de suicidio: Por su proceso y por la gravedad de las consecuencias es similar al suicidio, difiere en cuanto al resultado mortal en el acto suicida.

El individuo tiene ideas de muerte, un profundo estado depresivo, prepara su comportamiento suicida, pero un elemento circunstancial evita su muerte; por ejemplo, la persona que se lleva un arma de fuego a la cabeza, dispara pero la bala no le provoca la muerte. El individuo presenta, como consecuencia de su conducta suicida, gravísimas heridas físicas.

2) **Intento grave:** Las armas o medios utilizados para llevar a cabo el comportamiento suicida no pueden provocar la muerte, ni lesiones de gravedad. Por ejemplo, autolaceraciones, psicofármacos.

3) **Intento leve:** En estos casos las armas o medios utilizados resultan imposibles de provocar la muerte, ocasionando sólo heridas leves.

4) **Intento sin daño:** Son los casos en que el medio elegido no puede producir ningún daño físico.

Como se ha visto, estas definiciones, no explican todos los elementos de las conductas suicidas. Debido a esto en un intento por unificar la terminología, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1969, propuso como ayuda a la investigación una serie de términos muy concretos y muy útiles como base común para la designación de las conductas suicidas, estos son:

Acto suicida: Hecho por el que un sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

Suicidio: Muerte que resulta de un acto suicida.

Intento de Suicidio: Acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

Es importante señalar que a pesar de estas definiciones, existen ciertas dificultades para determinar un acto suicida, especialmente en el caso de los adolescentes, esto hace necesario mencionar una serie de condiciones que deben cumplirse para poder hablar de suicidio ("acto de matarse a sí mismo), en el adolescente.

De acuerdo con esto, es esencial la presencia del concepto de muerte, el cual implica, considerarla como un fenómeno natural, irreversible, inevitable y que supone la finalización de la vida. Como puede observarse, es un concepto sumamente abstracto y complejo, que requiere de una serie de requisitos cognoscitivos previos, entre los que destacan: distinción entre lo animado e inanimado; completo dominio de la constancia del objeto, diferencia del "yo" -sí mismo- del no yo -todo cuanto no es el mismo-; concepto de tiempo, (presente, pasado y futuro) (Orbach, 1985, citado en Ros, 1998)

El pleno concepto de muerte se adquiere entre los 12-13 años, cuando el adolescente presenta la adquisición del pensamiento abstracto (periodo operativo formal de Piaget), y lo entiende como el final de la vida, irreversible y biológico.

Mardomingo (1994, citado en: Ros, 1998), configura el concepto de conducta suicida en la adolescencia en torno a cuatro apartados: suicidio consumado, intento de suicidio, amenaza de suicidio o ideación suicida.

El suicidio consumado incluye todos los actos autoinflingidos por el adolescente y que dan como resultado su propia muerte. Dicho autor señala que dicho concepto es de utilidad. Sin embargo para el diagnóstico clínico presenta una serie de dificultades, como son: la dificultad de diagnóstico entre acto suicidario y acto accidental, imprudencia y conducta temeraria.

El intento de suicidio o parasuicidio se refiere a todo acto realizado por el adolescente que sin llegar a tener como resultado la muerte, es realizado de forma deliberada contra sí mismo. En esta definición el autor incluye la intencionalidad del acto, es decir si debe estar presente o ausente el deseo de muerte en la consumación del acto suicida.

La ideación suicida es un concepto amplio que incluye tanto los pensamientos inespecíficos sobre el escaso o nulo valor de la vida, hasta pensamientos concretos acerca de la consumación de un suicidio o las amenazas.

Además, menciona que en la conducta suicida del adolescente se deben considerar ciertos contenidos fundamentales, como que el suicidio en esta etapa de la vida no es un proceso psicopatológico, sino una conducta, es una conducta voluntaria y con plena conciencia del sujeto y que la mayoría de las investigaciones constatan que en la infancia y la adolescencia la conducta suicida es un continuo que se origina en la ideación suicida, la amenaza, los posibles intentos de suicidio y puede finalizar con el suicidio consumado.

Mardomingo, (1993 citado en Ros, 1998), menciona como rasgos psicológicos más comunes en la conducta suicida de niños y adolescentes: impulsividad, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, baja tolerancia a la frustración, estilo cognoscitivo rígido, labilidad emocional y sentimientos de soledad o de tristeza.

2.5 Criterios Diagnósticos de la Conducta Suicida

Con la finalidad de facilitar del diagnóstico de las conductas suicidas, Pedreira (1995), extrae del Sistema de Clasificación CIE-10, una serie de criterios operativos, que poseen una gran aplicación clínica.

1- Criterios operativos del suicidio:

A) Definición:

- Desenlace fatal.
- Auto-iniciación del acto, aunque el desenlace no lo realice el propio sujeto.
- Conocimiento por parte del sujeto que la acción iniciada produce de forma objetiva un desenlace de muerte. Para dicho criterio es necesario que el niño haya adquirido el concepto de muerte, como un acontecimiento del que no se puede retornar.

B) Consideraciones:

- La intencionalidad de morir no es estrictamente necesaria.
- El fatal desenlace se obtiene como un efecto directo y principal de la conducta realizada.
- Que el sujeto tenga una afección terminal previa no excluye el suicidio.

C) Criterios de inclusión-exclusión:

- Paso al acto ("acting-out) de forma grandiosa y megalomaniaca en el seno de un cuadro psicótico: exclusión.
- Lo que se conoce como "erosión suicida": exclusión.
- Evidencia de conocer lo que el sujeto estaba haciendo: inclusión.
- Suicidio terrorista o sobredosis en adictos a las drogas: inclusión.

2- Criterios operativos de los intentos de suicidio

A) Definición.

- No ocurre el desenlace fatal.
- Auto-iniciación de la conducta que hubiera llevado al desenlace fatal si no hubiera sido por algún tipo de factor, tanto propio como ajeno.
- Conocimiento o creencia por parte del sujeto de que esa conducta, iniciada por el mismo, tiende a producir la muerte de manera objetiva.

B) Consideraciones:

- La intención de muerte no es totalmente necesaria.

- El efecto fatal podría ser consecuencia de la conducta realizada.
- El padecimiento de una afección terminal no excluye el suicidio.
- El padecer un proceso médico grave no es decisivo para este tipo de conducta.
- La consideración como tal será formulada por el método empleado.

C) Criterios de inclusión-exclusión.

- Paso al acto ("acting-out") de forma grandiosa y megalomaniaca en el seno de un cuadro psicótico: exclusión.
- Acto habitual: exclusión.
- Sobredosis no habitual de alcohol: inclusión.
- Evidencia de conocer lo que el sujeto estaba haciendo: inclusión.
- Suicidio terrorista o sobredosis en adictos a las drogas: inclusión.

3. Criterios operativos para evaluar la conducta parasuicida:

A) Definición:

- No ocurre desenlace fatal.
- Auto-iniciación de la conducta de forma activa por el propio sujeto con producción de un daño evidente (e.j. cortaduras, etc) ó ingestión de forma excesiva de una sustancia que generalmente aún se mantiene en una dosis no excesiva tóxica y si fuera tóxica se consigue conocer su ingestión (e.j. deja evidencias a la vista, etc.)
- Conocimiento por parte del sujeto de que la acción iniciada por él mismo puede causarle daño o sobredosis de la sustancia ingerida.

B) Criterios de inclusión-exclusión.

- Conductas manipuladoras: inclusión.
- Conductas habituales (incluyendo la automutilación): exclusión.
- Intoxicación aguda de alcohol: inclusión.
- Evidencia de conocer lo que el sujeto estaba haciendo: inclusión.
- Motivo específico desencadenante relevante: inclusión.
- La consideración como tal será formulada por el método más utilizado.

La conducta suicida se considera desde distintas perspectivas. A continuación se mencionan las principales teorías que han aportado explicaciones en torno al fenómeno de la conducta suicida.

2.6 Aproximaciones Teóricas

Han existido, en términos generales, dos vertientes tradicionales en el estudio del suicidio: la social y la individual. La primera orientación explica la conducta suicida desde la influencia de los factores sociales en la persona y la segunda considera el suicidio desde las características personales del individuo. En la primera orientación se incluyen los enfoques sociológicos, que han utilizado la estadística como instrumento primordial en el estudio del suicidio. Dentro de la segunda se encuentran las distintas explicaciones psiquiátricas, psicológicas y psicoanalíticas, cuya metodología de aproximación al tema ha sido principal y tradicionalmente el "estudio de caso".

2.6.1 Enfoque Sociológico

La vertiente sociológica explica el suicidio como producto de un determinado conjunto de aspectos de la sociedad, sus estructuras y características. El representante más importante y clásico de esta orientación es Durkheim (1897), quien define al suicidio como ... " todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo ejecutado por la propia víctima, a sabiendas que habría de producir este resultado. El intento de suicidio, es ese mismo acto, pero interrumpido antes de que sobrevenga la muerte." (Durkheim, 1965: 14). Dicho autor, analiza los diferentes factores que podrían influir en la tasa de suicidios y establece dos grandes grupos: el primero hace referencia a los factores extrasociales y el segundo a los sociales. Además opina que para cada grupo social existe una tendencia específica al suicidio, que debe ser producto de causas sociales y no de factores extrasociales o individuales.

De acuerdo con su concepción sociológica, Durkheim, describe tres principales tipos de suicidio: el egoísta, el altruista y el anómico.

- 1) Suicidio egoísta: Es consecuencia de la falta de integración social o de la individuación excesiva. Si el vínculo que liga al hombre a la vida, se minimiza, es porque el vínculo que lo une a la sociedad se ha diluido también. Egoísmo es el estado en que se encuentra el yo cuando vive su vida personal y no obedece más que a sí mismo.
- 2) Suicidio altruista: Se deriva de una integración social demasiado fuerte, y sucede cuando la autoridad de grupo es tan fuerte sobre el individuo que pierde su identidad personal y desea sacrificar su vida por la comunidad.

- 3) **Suicidio anómico:** aparece cuando la sociedad está perturbada por transformaciones demasiado repentinas, y no es capaz de ejercer su acción reguladora –anomia- y el individuo pierde los puntos de referencia.

2.6.2 Enfoque Psiquiátrico

Por otra parte desde la perspectiva psiquiátrica, el suicidio se ha considerado principalmente desde dos orientaciones: la clásica y la epidemiológica.

2.6.2.1 Orientación psiquiátrica clásica

La orientación psiquiátrica clásica se ha basado sobre todo en la idea de suicidio como consecuencia de enfermedad mental, es decir, un individuo se suicida porque está enfermo. Esta perspectiva se remonta a principios del siglo XIX, cuando se comenzaron diversas investigaciones para encontrar anomalías morfológicas y funcionales en las personas que intentaban suicidarse. Se pretendía encontrar en las autopsias de los suicidios las lesiones que podían condicionar el suicidio. La escuela frenológica buscaba la causa del suicidio en las localizaciones cerebrales (Ros, 1998). Más recientemente, Ladame (1987) opina que todos los intentos de suicidio en adolescentes se asocian a una patología. Recientemente algunos autores mantienen la determinación biológica de la conducta suicida, en función de los niveles de ciertos neurotransmisores entre ellos la serotonina y de otro tipo de disfunciones orgánicas (Villardón, 1993).

2.6.2.2 Orientación epidemiológica

Esta perspectiva, trata de aunar aspectos individuales con aspectos sociales. Los estudios epidemiológicos del suicidio, se han convertido en un enfoque de investigación de suicidio bastante común. Este tipo de estudios se centra principalmente en la identificación de grupos de riesgo y de las características del mismo. La probabilidad de que se manifieste una conducta suicida está determinada por el factor o el conjunto de factores de riesgo. Entre los factores considerados para la identificación de los grupos de riesgo, se distinguen las variables sociodemográficas, psicopatológicas y sociales.

La epidemiología ha aportado interesantes datos sobre la población con riesgo suicida, como la identificación de factores de riesgo de la población suicida, tanto de tipo sociodemográfico como psicopatológico (Spalt y Weisbuch, 1972; Bostman, 1987; Wilson, 1991, en Villardón, 1993).

Dentro de los factores sociodemográficos se consideran la edad y el sexo. La edad es uno de los factores que se tienen en cuenta para identificar grupos de riesgo en conducta suicida. Parece existir acuerdo con que "a medida que avanza la edad

existe mayor riesgo de suicidio" (Brown y Sheran, 1972, 1972; Rojas, 1978; Hnakoff, 1985, en: Villardón, 1993).

En cuanto al sexo, los estudios epidemiológicos del suicidio indican que los hombres son los que más se suicidan y las mujeres son las que más lo intentan. Aunque los suicidios aumentan con la edad, los suicidios en la población total y el número de muertes por grupo de edad, indica que la mayor incidencia se da en la población joven y adolescente. Como factores de riesgo asociados a dicho fenómeno se encuentran el abuso de drogas y alcohol, también los diagnósticos clínicos de depresión y esquizofrenia (Rojas, 1978; Landmark, 1987; Cantor, 1989).

El alcoholismo y el abuso de drogas, se consideran en numerosos estudios sobre suicidio, como factores determinantes de grupos de riesgo. Martínez y Corominas (1991), sostienen que el porcentaje de intentos de suicidio en la población toxicómana oscila entre un 25 y un 50%.

2.6.3 Enfoque Psicoanalítico

Dentro de la orientación psicoanalítica, Freud habla del suicidio como una forma de castigo que el individuo se infringe a sí mismo. En la obra "*Duelo y Melancolía*" (1917) interpreta las tendencias autoagresivas que se dan en la melancolía como "agresiones" a la persona amada, a quien ha perdido y con quien el individuo se había identificado. La melancolía hace que trate al "sí mismo" como un objeto y que dirija contra él la hostilidad que desearía dirigir contra un objeto exterior. En 1920, Freud desarrolla sus ideas sobre "Eros" y "Thanatos" (instintos de vida y muerte, respectivamente) como dos tendencias de signo contrapuesto que existen en el hombre desde el comienzo de la vida. El suicidio pertenecería al Thanatos (instinto de muerte). Con base a esto Freud, afirma que todas las personas son potencialmente suicidas a través de una fuerza intrapsíquica del instinto de muerte.

Por otra parte, en su ensayo "*Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte*" (1915), en el apartado de "Nuestra actitud ante la muerte" (citado en: Ros, 1998), Freud afirma que "la muerte propia es desde luego, inimaginable, y cuantas veces más lo intentemos podemos observar que continuamos siendo en ello meros espectadores", es decir, nadie cree en su propia muerte, o incluso en el inconsciente todos estamos convencidos de nuestra inmortalidad. Sin embargo, el inconsciente sí es capaz de representarse y aceptar la muerte de los demás, sobre todo cuando se trata de alguien extraño o del enemigo. Nuestros instintos suprimen constantemente a todos aquellos que nos estorban, que nos ofenden o nos perjudican. En otras palabras, el inconsciente sí puede asesinar aunque esto trae consigo intensos sentimientos de culpa totalmente intolerables. De esto se deriva

que, para Freud, el suicidio se pueda interpretar como un impulso agresivo que es introyectado.

En esta orientación, se puede citar también a Menninger 1972, (citado en: Ros, 1998), quien distingue tres elementos como esenciales en todo comportamiento suicida: el deseo de matar, el deseo de ser muerto y el deseo de morir. De acuerdo con éste, el comportamiento suicida se gesta desde la temprana infancia, cuando la frustración de los deseos y las amenazas generan un intenso resentimiento y el impulso autodestructivo, con el fin de la autodefensa, sin embargo, como es sabido, este deseo es inhibido por numerosos factores externos e internos. En la mayoría de los casos este deseo se neutraliza y desaparece, mientras que en otros persiste, en estos casos el deseo de matar surge inesperadamente en el inconsciente contra la persona, entonces el yo es tratado como objeto externo.

Para Menninger el deseo de ser matado aparece cuando el individuo reconoce sus deseos de matar, lo cual resulta inadmisibile para el Superyó, que de manera inconsciente produce sentimientos de culpa con necesidad de castigo, y con esto llega un momento en el que la persona es incapaz de creerse merecedor de seguir viviendo. Por otra parte, divide el deseo de morir en consciente e inconsciente. Para dicho autor, la falta de deseo consciente de morir, explicaría los frecuentes intentos fallidos, y el deseo inconsciente, el desarrollo de actividades temerarias, como exponerse propositivamente a conductas de riesgo.

2.6.4 Enfoque Psicológico

Por otra parte, la orientación psicologica también ha dado explicaciones a dicha conducta. En ella se encuentra el enfoque fenomenológico, cuyo principal exponente es Shneidman 1988, (citado en: Villardón, 1993), quien señala algunos componentes del suicidio. Estos son: la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese. Además, presenta ciertas características comunes a todo acto suicida. Estas características son: 1) El propósito común del suicidio es buscar una solución; 2) El objetivo común es el cese de la conciencia- del contenido insufrible de la muerte; 3) El estresor común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas; 4) La emoción común en el suicidio es la indefensión-desesperanza; 4) El estado cognoscitivo común es la ambivalencia; 5) El estado perceptual común en el suicidio es la constricción. La persona percibe solamente una posibilidad ante los problemas; 6) La acción común es el escape; 7) El acto interpersonal común es la comunicación de la intención; 8) El acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de la vida.

Neimer en 1983, (en: Villardón, 1993), aplicó la teoría del constructo personal de Kelly a la depresión y el suicidio. Señala que los constructos de las personas suicidas y depresivas se caracterizan por :

- Anticipación del fracaso,
- Autoconstrucción negativa,
- Construcción polarizada,
- Aislamiento interpersonal.

Además de estas características comunes con los individuos deprimidos, los suicidas presentan dos características más:

- Constricción en el contenido y la aplicación de constructos.
- Desorganización del sistema de constructos.

2.6.5 Teorías Cognoscitivas

Beck (1983), explica que toda sintomatología depresiva, surge progresivamente de patrones cognoscitivos negativos y distorsionados a través de la llamada "Tríada Cognoscitiva", donde se incluyen: una visión negativa de sí mismo, tendencia a interpretar las experiencias de manera negativa y una visión negativa acerca del mundo, que al unirse con errores de procesamiento en la información y patrones cognoscitivos estables, denominados "esquemas", genera en la depresión, un pensamiento, al que conceptualiza como "primitivo". Este se caracteriza por ser un pensamiento global, extremo y sin matices, absolutista, categórico e irreversible.

Para Beck, las ideas de suicidio también pueden interpretarse como una expresión extrema de un deseo de escapar de aquellos problemas o situaciones que parecen irresolubles e intolerables. También define el concepto de "desesperanza" como un sistema de esquemas cognoscitivos sobre expectativas negativas del futuro. Los pensamientos de suicidio surgen cuando el paciente vivencia su situación como insostenible.

Además propone una característica de la persona suicida, esta es, la ambivalencia interna, fluctuante entre el deseo de morir y el deseo de vivir, conflicto previo del acto suicida. Además de este esquema, hay otras ideas suicidas y pensamientos que incrementan la probabilidad del deseo de muerte y por lo tanto, su intensidad.

Después de mencionar las teorías más significativas en torno a la conducta suicida, se contextualiza dicha problemática en nuestro país, por lo que se hace un recuento de las investigaciones realizadas en México.

2.7 Investigaciones Realizadas en México sobre la Conducta Suicida 1966-2000

Las estadísticas de Intentos de suicidio y suicidio del INEGI (2000), reportaron que durante el año 1998 se registraron 443 intentos de suicidio en la República Mexicana. Esto en comparación con el número de sucesos ocurridos en 1990, representó un incremento del 13% anual. Los estados más afectados fueron: Coahuila, Nuevo León, Durango y Yucatán, entidades que concentraron el 79% de los sucesos registrados.

Por otra parte, en el Distrito Federal, el suicidio y las lesiones autoinflingidas se situaron en el lugar 18 de la lista de las principales causas de muerte durante el periodo 1990-1996 (CIDE, 1998).

Es importante mencionar que las principales investigaciones acerca de la conducta suicida, son de tipo epidemiológico; es decir, aquellos realizados a nivel poblacional, no clínico. Este tipo de estudio tiene muchas ventajas, pero en el caso específico del suicidio, se presentan muchas dificultades metodológicas, ya que en México no se cuenta con estadísticas oficiales confiables, debido a estrategias inadecuadas de los registros, a definiciones ambiguas de la causa de muerte, y sobre todo, al tabú social que hay acerca del suicidio (Gómez y Borges, 1996)

Intento de Suicidio y Suicidio Consumado.

Elorriaga, (1972) hizo una recopilación de datos, de 1960 a 1969, de población adulta con intento de suicidio. Encontró que los estados que presentaron mayores índices de suicidio a principio de la década fueron: Chihuahua, el Distrito Federal y Veracruz. Al final de la década, el Distrito Federal pasó al primer lugar, Chihuahua al segundo y Veracruz al tercero. Los resultados más relevantes indican, que cada 12 horas hubo un intento de suicidio, la proporción fue de dos hombres por una mujer. De cuatro intentos, tres lo logran y uno no

El intento de suicidio en esta década aumentó 30.5% (3% anualmente). La principal motivación para intentar suicidarse, fueron los disgustos familiares; sin embargo, existen otras causas determinantes para el intento suicida, como son: las enfermedades incurables, los problemas amorosos, las enfermedades mentales y la intoxicación por el alcohol

Terroba, Heman, Saltijeral y Martínez (1986), llevaron a cabo una investigación acerca del parasuicidio y el suicidio consumado. Para dicha investigación se integraron tres muestras con sujetos de diferente nivel socioeconómico. Consideraron los factores clínicos, los cuales se determinaron por la severidad y la

letalidad del acto suicida, también se evaluó la presencia o la ausencia de ansiedad y de síntomas depresivos.

La muestra de suicidio consumado (n=80), se obtuvo del Servicio Médico Forense, la segunda muestra se formó con pacientes de nivel socioeconómico medio-alto y alto, después de haber intentado suicidarse (n=80) y que habían acudido al Servicio de Urgencias de dos hospitales privados de la Ciudad de México, y la tercera se formó con pacientes parasuicidas (n=70), de nivel socioeconómico medio-bajo y bajo, que acudieron a diferentes hospitales de urgencias del Distrito Federal.

Se encontró que en el grupo de parasuicidio, las mujeres fueron las más afectadas (60%), y generalmente emplearon más las sustancias tóxicas y los psicofármacos. Por otra parte, en el grupo de suicidios consumados los hombres fueron los más afectados (64%), ya que recurrieron a métodos más violentos, como el ahorcamiento (59.5%) y el arma de fuego (28.5%). Además, el 38.7% de los casos de este grupo ya había intentado suicidarse por lo menos una vez antes de lograrlo.

Por otra parte, Martínez y Saltijeral en 1985 llevaron a cabo una revisión bibliográfica acerca del intento de suicidio en niños, pero no encontraron datos de nuestro país, por lo que hicieron referencia de lo encontrado en otros países. Mencionan que las conductas autodestructivas en los niños pueden deberse a las tensiones familiares causadas por un divorcio, separación o muerte de alguno de los padres, también puede influir el maltrato extremo y el abuso sexual. También mencionan que los niños parasuicidas presentan más problemas de índole psiquiátrica, en comparación de los que no son parasuicidas. En el método que utilizan los niños generalmente es muy importante la experiencia individual, así como la identificación y el momento en que intentan suicidarse.

En otro estudio de Terroba et al. (1986), compararon tres grupos de jóvenes del Distrito Federal (n=35, n=15, n=30), y cuya edad fluctuaba entre los 15 y 24 años. Se consideraron las características sociodemográficas y clínicas de los individuos.

El primer grupo estaba constituido por adolescentes con intento de suicidio de nivel socioeconómico medio-bajo y bajo, el segundo por adolescentes intentaron suicidarse con impedimentos físicos, de nivel socioeconómico medio-bajo y bajo; y el tercer grupo se integro con adolescentes que intentaron suicidarse, con un nivel socioeconómico medio-alto y alto.

Los principales resultados muestran que en los tres grupos, las mujeres de 15 a 24 años fueron las más afectadas por el intento de suicidio, en relación con los hombres (69.13% y 30.36%), respectivamente. En la segunda muestra el 16.6% de jóvenes tenían un deseo firme de morir.

Con respecto a la letalidad del acto, se detectó que el 66% llevó a cabo el intento bajo una letalidad mínima, sin embargo en 87.5% de los casos del grupo de parasuicidas, el intento fue altamente letal. Además el 28.39% ya había intentado suicidarse antes. Por otra parte, el 90% presentó ansiedad intensa, 60.49%, síntomas de depresión y el 20.98%, depresión intensa.

Gutiérrez y Solís (1989), realizaron una investigación en San Luis Potosí acerca del intento de suicidio y el suicidio consumado. Para tal investigación acudieron a los archivos centrales de la Hemeroteca de la Universidad de San Luis Potosí, y consultaron tres de los principales diarios del estado, publicados de 1975 a 1984, en total fueron 389 casos. Encontraron que los hombres fueron los que más intentaron suicidarse (68.1%) logrando consumarlo en su mayoría (47.8%), en tanto las mujeres lo intentaron menos (31.8%), y lo consumaron en el 9.2% de los casos. Los grupos de edad que presentaron más intentos de suicidio fueron el de 15 a 19 años (18%), y el de 25 a 29 años (19%). Mientras que en el grupo en el que más se consumaron los suicidios fue el de 20-24 años (10%). El perfil del suicida era masculino, menor de 29 años, casado o soltero, sin hijos, estudiante.

Gutiérrez, Mercado y Luna (1990), intentaron plantear el perfil psicológico de los sujetos que intentan suicidarse. El estudio lo llevaron a cabo en la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". Se realizó una revisión de los expedientes de los pacientes que ingresaron a dicha Unidad, en 1987. Utilizaron la historia clínica psiquiátrica, la hoja de ingreso al servicio y la valoración de Trabajo Social. Obtuvieron la edad, sexo, estado civil, lugar de origen, lugar de residencia, escolaridad, número de internamientos, métodos utilizados para intentar suicidarse, diagnóstico psiquiátrico y el nivel socioeconómico. Detectaron 536 casos de intentos suicidas, ideas y deseos suicidas. Sus resultados indican que de 14.46% de intentos suicidas, el 7.65% era de hombres y 7.01% eran de mujeres. La edad promedio del grupo era 32 años. El promedio es de seis intentos de suicidio por mes. El 45.5% de los pacientes tenía trastornos afectivos, la razón es de dos mujeres por un hombre.

Por otra parte, Narvaez, Rosovsky y López (1991), llevaron a cabo un estudio, en los servicios de urgencias de ocho hospitales de la Ciudad de México, cuya finalidad era analizar el papel del alcohol en los intentos de suicidio. Integraron una muestra de pacientes mayores de 15 años de edad (n=37), que ingresaron por primera vez a dichos servicios por haber intentado suicidarse. Los principales resultados mostraron que el 40% de los casos reportó haber ingerido bebidas alcohólicas seis horas antes de intentar suicidarse. Además, el 27% de la muestra obtuvo estimaciones positivas (310mg de alcohol/100ml de sangre)

Borges, Rosovsky, Pelcastre y López (1993), integraron una submuestra con 40 pacientes adultos que habían intentado suicidarse. Seleccionaron como controles a

los pacientes que habían acudido por traumatismos ajenos al consumo de alcohol. Los casos fueron las 40 personas que intentaron suicidarse. Encontraron que el 44% ingirió alcohol seis horas antes del intento suicida, el 28% de ellos obtuvo estimaciones positivas (>10mg de alcohol/100 ml de sangre) en la prueba de aliento.

Por otra parte, Díaz del Guante y Molina (1994), enfocan el fenómeno del suicidio desde una perspectiva neuropsicológica. Opinan que las personas con tendencias suicidas son diferentes en cuanto a que experimentan intensamente la soledad. Las personas depresivas manifiestan trastornos en la síntesis de ciertos transmisores, en el caso de los suicidas, el nivel de serotonina se encuentra notablemente disminuido, y se caracterizan por una baja producción de noradrenalina.

Estos mismos autores en 1994, publicaron un artículo que contiene fragmentos de la tesis de Sugiyama (1984), quien plantea que existen diferentes motivaciones para el acto suicida. Propone que las personas recurren al suicidio para restaurar un canal de comunicación bloqueado. La frustración por no ser capaz de comunicarse con alguien o persuadirlo de algo que puede desencadenar el acto; es una forma de lograr ser escuchado. También relaciona al suicidio con el valor de pertenencia, especialmente con la cohesión interpersonal basada en la lealtad, el aprecio, amor eterno o amistad verdadera. Además afirma que el Ego puede encontrar en el intento suicida el camino hacia la cohesión con el Alter o la anulación de la frustración por la falta de adhesión. Y por último, otro de los factores incitadores de la conducta suicida, es la identificación compulsiva con el estatus o el papel que se desempeña o aspira, cuando la persona comete un error que daña el estatus y la lleva al fracaso puede surgir la ansiedad suicida, ya que se sabe evaluada en su desempeño eficaz y de la sanción que puede recibir en caso de fallar.

En un estudio de Jimenez (1997) se aborda la relación entre depresión, desesperanza e intento suicida, y se compara un grupo de pacientes con intento suicida (N=27) , y otro de pacientes psiquiátricos (N=27) sin dicha conducta. Se evaluaron los niveles de depresión, y desesperanza, así como la severidad del intento suicida. Se encontró que a diferencia de la depresión, la desesperanza no distinguió a los pacientes con intento suicida de los otros pacientes psiquiátricos sin esta conducta, además de que ninguna de estas variables se relacionó con la severidad del intento suicida.

Por otra parte, Villatoro, Medina-Mora, Cardiel, Villa, Alcántar, Vázquez, Fleiz, Navarro, Blanco y Nécquiz, 1999, reportaron la prevalencia de intento de suicidio en estudiantes, de acuerdo con tres niveles educativos, con datos provenientes de la Encuesta sobre el Uso de Drogas, Alcohol y Tabaco, en estudiantes (n=10173) del Distrito Federal (1997).

Los principales resultados muestran que la prevalencia de intento en las secundarias, fue de 3.6% de hombres y 11.3% de mujeres. Mientras que en el bachillerato, el 4.7% de los hombres y 12.7% de las mujeres, reportaron haber intentado suicidarse. Por otra parte, en las escuelas de bachillerato técnico, la prevalencia fue mayor, 7.1% eran hombres y 14.8% mujeres. En cuanto a los motivos más importantes para el intento, se encontraron los problemas familiares, la soledad, la tristeza y la depresión. Los métodos más utilizados para intentar suicidarse, fueron los objetos punzocortantes, los medicamentos y el ahorcamiento.

González-Forteza, Mariño, Mondragón y Medina-Mora (2000), realizaron un estudio cuya finalidad era conocer la relación entre el intento suicida y el uso del tiempo libre en adolescentes mexicanos. La muestra fue integrada por 1848 estudiantes de la Ciudad de Pachuca. Se compararon dos grupos, el de intento suicida (10.1%) y el resto de la población (89.9%). Se encontró que los estudiantes con intento suicida practicaron menos deporte y salieron menos con la familia en comparación con los estudiantes que no intentaron suicidarse.

Ideación Suicida

López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas (1995), llevaron a cabo un estudio con datos provenientes de una Encuesta Nacional sobre el uso de Drogas en la Comunidad Escolar, en estudiantes de enseñanza media y media superior. Para dicho estudio sólo se utilizó la muestra perteneciente al Distrito Federal (n=3,459). En este trabajo estimaron la relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Los resultados fueron que el 47% presentó por lo menos un síntoma de ideación suicida un año antes, además el 17% reportó haber pensado en quitarse la vida. La ideación suicida fue ligeramente mayor en las mujeres, y los usuarios de drogas presentaron más pensamientos suicidas.

En otra investigación, González-Forteza y Andrade (1994) analizaron la relación entre los estresores cotidianos, el malestar depresivo y la ideación suicida en adolescentes de la Ciudad de México. Para ello integraron una muestra de estudiantes (n= 423) el 55.6% eran hombres y el 44.4% eran mujeres, con una edad promedio de 13 años. Este trabajo abordó la problemática de los estresores que enfrenta el/la adolescente respecto de las relaciones con su mejor amigo (a). Los resultados indicaron que en varones y mujeres, los conflictos con el mejor amigo (a) se relacionan con ánimo deprimido y tendencia a somatizar el malestar. Se encontró que los hombres que tuvieron problemas con los amigos, expresaron su malestar depresivo con un afecto negativo, es decir, sentirse tristes, solos y deprimidos. Por otra parte, la expresión de malestar emocional en las mujeres, además de sentirse tristes, solas, deprimidas o con ganas de llorar, también tendieron a somatizar su estado emocional, a sentirse desagradables, antipáticas y con ideación suicida.

González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez. (1998), destacan la importancia del estudio de la ideación suicida por la asociación que tiene con el intento suicida. Hicieron un estudio en el cual reportaron la prevalencia de ideación suicida en dos generaciones de jóvenes estudiantes 1993 (n= 1021) y 1995 (n= 868), en una universidad privada. Los resultados que obtuvieron destacan que los síntomas de ideación suicida oscilaron entre 27% y 30.5% de los universitarios. Fue más frecuente encontrar los cuatro síntomas en las mujeres. La persistencia de la ideación suicida, fue alrededor del 3%. La autoestima resultó ser una variable predictora de protección, común a las dos generaciones y a ambos sexos. En cuanto a las variables predictoras de riesgo, encontraron que el estrés social era común en los hombres de la generación 93 y en la mujeres de ambas generaciones.

Los resultados de las investigaciones mencionadas anteriormente, muestran la evolución del fenómeno en nuestro país y de cómo éste, a través de los años, ha venido afectando a distintos grupos de la población. Es importante enfatizar que en la actualidad la población más afectada es la adolescente.

En el siguiente capítulo se describirán los factores que intervienen en la conducta suicida, tales como: factores de riesgo y protección, sexo, ambiente familiar, consumo de drogas, ideación suicida y baja autoestima.

CAPITULO 3 FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA.

3.1 Factores de Riesgo y de Protección en la Conducta Suicida

La conducta suicida es un fenómeno complejo, ya que no existe una única razón por la que las personas deciden poner fin a su vida.

El suicidio es el resultado de la confluencia de un sinnúmero de situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico de conductas suicidas, que irían desde la simple ideación, hasta el suicidio consumado. Las variables que influyen en el origen de la conducta suicida son muchas, como las de índole genético y biológico, además de las variables sociodemográficas, psiquiátricas y psicosociales.

Sin embargo, la presencia o ausencia de la conducta suicida, depende de una serie de factores de riesgo y protección.

Un **factor de riesgo**, "es cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud. Por ejemplo, se sabe que una adolescente tiene mayor probabilidad que una mujer adulta de dar a luz a un niño de bajo peso; si además es analfabeta, el riesgo se multiplica. En este caso, ambas condiciones, menor de 19 años y madre analfabeta, son factores de riesgo" (Munist, Santos, Kotliarenco, Suárez, Indante y Grotberg, 1998, p.p 12-14).

Con respecto al intento suicida, Carveth y Gottlieb, 1979, (citado en: Casullo, 1998), hacen una jerarquía de los factores de riesgo que intervienen en dicha conducta, estos son:

- 1) nivel de desesperanza,
- 2) ideación o plan de suicidio,
- 3) intentos previos,
- 4) estado emocional y afectivo,
- 5) baja densidad de las redes de apoyo social,
- 6) signos y síntomas de depresión,
- 7) desintegración social,
- 8) pérdidas afectivas recientes (soledad),
- 9) estatus mental,
- 10) deseo de ayuda.

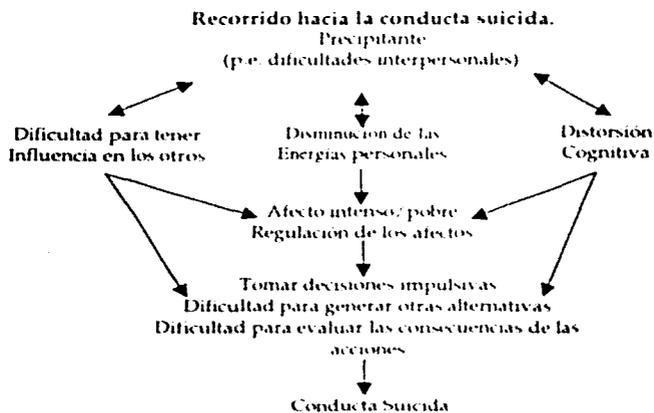
Por otra parte Blumental y Kupfer (1990 citados en : Casullo, 1998), proponen el "Modelo umbral de las conductas suicidas" en el que señalan la presencia de varios tipos de variables como:

A) Factores predisponentes, los cuales incluyen una historia genética familiar, factores biológicos perinatales y rasgos o estilos de personalidad.

B) Factores de Riesgo, los cuales determinan la vulnerabilidad de un sujeto para cometer actos suicidas, incluyen lo que denominan situaciones contextuales, socioculturales y la presencia de psicopatologías específicas.

Además señalan como factores precipitantes, la accesibilidad a un método para quitarse la vida y estados o situaciones de soledad y aislamiento provocados por hechos específicos del ciclo vital.

Los factores precipitantes se originan y posibilitan una conjunción entre las dificultades para tener una cierta influencia en los demás, una disfunción cognoscitiva acerca de la relación de las situaciones y una disminución de energías personales. En su conjunto hace que aparezca un afecto intenso y/o una pobre regulación de los afectos que origina una impulsividad para tomar decisiones, dificultad para generar opciones y dificultad para evaluar las consecuencias que pueden tener las acciones propias. En estas situaciones la tasa de ansiedad percibida es muy importante y la impulsividad favorece el paso al acto, que se expresa como una conducta suicida.



Fuente: Pedreira (1995)

Indicios de Riesgo de Suicidio en los Adolescentes

1. Estado de ánimo continuamente deprimido o desesperado.
2. Alteraciones en el comer y el dormir.
3. Disminución del rendimiento escolar.
4. Aislamiento social gradual y una mayor incomunicación con las personas.
5. Ruptura de la comunicación con los padres y otras personas importantes en la vida del joven.
6. Antecedentes de intentos suicidas o complicación en accidentes.
7. Comportamiento aparentemente temerario, autodestructivo, poco usual, como el uso intenso de drogas o de alcohol, así como el manejo imprudente del automóvil

Fuente: Cónger, 1980

Se ha observado que las probabilidades de padecer daños pueden surgir de sujetos que concentran en sí los factores de riesgo, constituyéndose en individuos de alto riesgo. Otro aspecto reside en las personas generadoras de riesgo; por ejemplo, aquellos adolescentes jóvenes que parecieran buscar o generar situaciones de riesgo a través de comportamientos que aumentan reiteradamente.

Por otra parte están los los factores protectores. Un **factor protector**, son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Así, la familia extendida parece tener un efecto protector para con los hijos de las adolescentes solteras.

Los factores de protección, se pueden distinguir entre internos y externos. Los externos se refieren a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños: familia extendida, apoyo de un adulto significativo, o integración social y laboral. Los internos se refieren a atributos de la propia persona: estima, seguridad y confianza en sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía (Munist, Santos, Kotliarenco, Suárez, Indante y Grotberg, 1998).

Blumental y Kupfer (1990, citados en Casullo, 1998), señalan los siguientes factores protectores de la conducta suicida:

- a) flexibilidad cognitiva,
- b) fuertes redes de apoyo social,
- c) ausencia de eventos estresantes inesperados en el ciclo vital,
- d) ausencia de soledad,
- e) existencia de un proyecto de vida,
- f) tratamiento oportuno de las patologías psiquiátricas,
- g) tratamiento adecuado de los desórdenes de personalidad.

Para Conger (1980), muchos intentos suicidas por parte de los adolescentes, no se deben a un impulso momentáneo, sino a una larga serie de intentos por encontrar solución a sus problemas.

A continuación se describirán algunas de las variables que se asocian al fenómeno de la conducta suicida.

3.2 Sexo

Diversos estudios respaldan la relación existente entre el sexo del individuo y la conducta suicida. De acuerdo con Ros (1998), el 80% de los suicidios consumados corresponden a varones, quienes presentan un riesgo de mortalidad por suicidio de 2 a 3 veces mayor que las mujeres. Por el contrario, son las mujeres las que presentan mayor riesgo de intentos suicidas en relación con los varones.

Terroba, Heman et al., (1986), compararon tres grupos de adolescentes, de acuerdo con sus características demográficas y clínicas, (n=35, n=16, n=30). Los resultados indicaron que en dichas muestras las mujeres son las más afectadas por el intento de suicidio en relación con los hombres, (69.1% y 30.3%) respectivamente.

También en la revisión del Anuario Estadístico de la República Mexicana, (INEGI), realizada por Borges, Rosovsky, Caballero, y Gómez (1994), mostró que los hombres consuman el suicidio en una proporción de 3:1 en relación con las mujeres.

Otra investigación que apoya esta relación, es la llevada a cabo por Terroba, Saltijeral y Gómez (1988), en una muestra representativa de 80 familiares suicidas, utilizando el método de la "autopsia psicológica". Dicho estudio reportó que para el suicidio consumado existe una proporción de tres hombres por cada mujer, mientras que en el intento de suicidio fue de dos mujeres por cada hombre.

Gutiérrez y Solís (1989), estudiaron el suicidio en San Luis Potosí, en una muestra de 389 personas que intentaron suicidarse, de las cuales 222 lograron consumarlo. Se observó que son los hombres quienes más intentan el suicidio (68.1%), y lo consuma en su mayoría (47.8%). Mientras que las mujeres lo intentan menos, 31.8% de los casos y logra consumarlo sólo un 9.2%.

Por otra parte, Hjar, Rascón, Blanco y Lopez (1996), revisaron los suicidios ocurridos durante el periodo 1979-1993, para ello utilizaron la base de datos de mortalidad de la Dirección General de Estadística y Evaluación de la Secretaría de Salud, para el periodo de 1979 a 1993. Los autores encontraron que los principales

métodos empleados fueron : ahorcamiento, arma de fuego y explosivos, y envenenamiento por sustancias sólidas y líquidas. También encontraron que los hombres presentaron de manera sistemática mayor riesgo de suicidio consumado, principalmente en el caso de los ancianos de 70 años o más. Mientras que las mujeres presentaron mayor riesgo de ideación e intento suicida, principalmente en el grupo de edad de 20-24 años.

3.3 Ambiente familiar

Esta relación se aborda en un estudio retrospectivo de 7 años en una sala de urgencias, con 505 niños y adolescentes que habían intentado suicidarse. En este estudio se correlacionó la inestabilidad y el estrés familiares y una atmósfera familiar caótica con los intentos de suicidio (Cosand, Borque y Kraus, 1982, citados en: Sue, Sue y Sue, 1996). En este estudio se indica que, los niños habían experimentado eventos traumáticos impredecibles y habían sufrido la pérdida de una figura paterna significativa antes de los doce años de edad. Sus padres tendieron a abusar del alcohol o de fármacos y proporcionaban modelos deficientes de desempeño para afrontar el estrés. También se encontró que la conducta autodestructiva del niño, al parecer era un intento desesperado por influir o coaccionar a aquellos que amenazaban su bienestar psicológico.

De acuerdo con Villatoro, Medina-Mora, Cardiel, et al. (1999), los estudiantes de secundaria, tanto hombres como mujeres, intentaron suicidarse debido a problemas familiares, (32.7% y 36.8%) respectivamente. Las mujeres estudiantes de bachillerato técnico (35.7%) también intentaron suicidarse debido a esta causa. Y en los estudiantes de bachillerato, los problemas familiares, son el segundo motivo por el que intentaron el suicidio, 19.7% de hombres y 28.6% de mujeres.

Por otra parte, Delgado (1999), en un estudio cuyo objetivo era conocer la estructura familiar del adolescente con intento de suicidio atendidos en una sala de urgencias (n=47), encontró que en el 63% de los casos, el factor precipitante del intento, fueron las discusiones familiares, ya sea con padres y/o hermanos. También se consideró la desintegración familiar como factor predisponente de forma importante en los pacientes con intento de suicidio. Además, la agresividad física a los hijos, precipita el intento de suicidio en los adolescentes. Otro dato importante que arroja la investigación, es que el 32% de los pacientes pertenecían a una familia desintegrada.

Miranda (2000), estudio la conducta suicida en la población escolar y adolescente de un hospital infantil en el estado de Sonora (n=30). Encontró que el 30% de los casos el tipo de familia era rígida y permisiva en el 26.6%. Mientras que la familiar disfuncional se presentó en el 70%. Se evidenciaron pobres relaciones familiares en

20 de los casos y falta de hermanos y parientes en 7 casos. La disciplina era ejercida por la madre en 11 casos, por el padre en un caso y por otros familiares en dos casos. Los principales factores de riesgo encontrados fueron: desorganización familiar en el 77%; falta de comunicación con los padres 67%, riñas familiares constantes en el 60%; ser abandonados, 53%; sentimientos de rechazo familiar en el 47% y ausencia de la figura parental en el 43%.

González-Forteza y Andrade (1995), evaluaron la relación de 423 estudiantes con sus padres y como esta se correlacionaba con la sintomatología depresiva y la ideación suicida. Los adolescentes que participaron en la investigación cursaban la secundaria en la Ciudad de México. Los principales resultados mostraron que los adolescentes que acudieron a su familia en busca de ayuda o consejo cuando tenían algún problema, eran aquellos que tenían una comunicación frecuente y satisfactoria con ambos padres. Por otro lado, los adolescentes que sentían que la comunicación con sus padres era poco frecuente, fueron los que tendían a no buscar apoyo cuando tenían algún problema.

De acuerdo con las autoras, cuando el padre tiende a ser comunicativo con su hijo (a), tiende a ser afectuoso, y se interesa y establece límites en las relaciones sociales de su hijo (a).

Además señalaron que tanto la comunicación con ambos padres como el interés de éstos por las relaciones sociales de sus hijos, fueron indicadores protectores de sintomatología depresiva y de ideación suicida.

En otra investigación, González-Forteza, Andrade y Jiménez (1997), estudiaron la relación entre los estresores cotidianos familiares, la sintomatología depresiva y la ideación suicida en adolescentes mexicanos. La muestra estuvo constituida por 423 adolescentes de educación media básica, 235 hombres y 188 mujeres.

Los principales resultados indicaron que las consecuencias emocionales de los estresores familiares tienen una diferente expresión psicopatoplástica en hombres y mujeres. En el caso de los hombres, la violencia familiar (discusiones entre los padres, castigos a los hijos) constituye la principal fuente generadora de estrés. La manera en que expresaron su malestar fue el ánimo depresivo, la somatización, los problemas en las relaciones interpersonales y la ideación suicida. Por otra parte, las mujeres se mostraron más susceptibles a la dinámica familiar (violencia familiar, enfermedad de los padres, problemas con hermanos), ellas manifestaron su malestar con síntomas psicósomáticos, además de sentirse solas y deprimidas, tristes y con ganas de llorar.

3.4 Consumo de drogas

El consumo de drogas, y principalmente el alcohol, frecuentemente se han asociado al suicidio, tanto como factores de riesgo como precipitantes de la conducta suicida.

De acuerdo con Blumental (1988, citado en: Ros, 1998), la incidencia del suicidio entre consumidores de drogas es alrededor de 20 veces más que en la población general, y el 70% de los suicidios en gente joven se asocia de alguna manera con el abuso de drogas (Shaffer, 1988).

Por otra parte, el consumo y dependencia de alcohol, es un factor de riesgo de suicidio, autores como James (1966, citado en : Ros, 1998), afirma que al menos la quinta parte de los suicidios son debidos al consumo de esta sustancia, ya que en 20-64% de casos se detecta la presencia de alcohol en sangre.

Terroba y cols; (1987), analizan el papel que desempeñó la ingestión de alcohol en 80 suicidios consumados. Encontraron que el 55% de los casos, bebía alcohol.

También Narváez et al. (1991), analizaron esta relación en una muestra de 37 personas con intento suicida. Los resultados fueron: 40% de los casos reportó haber consumido bebidas alcohólicas seis horas antes del intento, y un 27% de la muestra obtuvo estimaciones positivas (>10mg de alcohol/100 ml de sangre) en la prueba del aliento.

Celis, Rivas, Valencia y Salazar (1994), revisaron 4102 autopsias realizadas por el Servicio Médico Forense del estado de Jalisco, en las cuales se determinó el alcohol en sangre de sujetos con muerte traumática. Se encontró que en el 35% de los suicidios estaba presente el alcohol en la sangre en una cantidad igual o mayor a 0.001 g/m.

En una investigación realizada por Borges y Rosvosky (1996), se analizó la relación entre el intento de suicidio y el consumo de alcohol en una muestra de pacientes admitidos en los servicios de urgencias por haber intentado suicidarse (n=40; 21 hombres). Los resultados indicaron que la proporción de intentos de suicidio fue significativamente mayor en los casos que reportaron haber consumido alcohol seis horas antes del evento.

En otro estudio, Gonzalez-Forteza, Marino, Rojas, Mondragón y Medina-Mora (1998), analizaron la relación del intento de suicidio con el malestar depresivo y el uso de sustancias. En dicha investigación, de 1848 estudiantes de educación media y media superior de la Ciudad de Pachuca, 45.9% fueron hombres y 54.1% mujeres. El 10% reportó haber intentado quitarse la vida. Además se encontró que las

mujeres tienen un riesgo 2.3 veces mayor que los hombres de presentar intento suicida.

Por otra parte, el 40% de los hombres y 24% de las mujeres que intentaron suicidarse, presentaron malestar depresivo elevado. El uso de sustancias (tabaco y/o alcohol en los últimos 30 días, y/o drogas ilícitas alguna vez en la vida), estuvo presente en el 52.7% de los casos de intento suicida.

En los hombres que intentaron suicidarse se encontró en primer lugar el uso alguna vez de marihuana, le siguió el uso de inhalables, además de un elevado porcentaje en el consumo de cocaína. En tanto, las mujeres con intento suicida, presentaron mayor consumo de inhalables, seguidos de las anfetaminas y la marihuana.

3.5 Ideación suicida

La ideación suicida también ha sido documentada como factor asociado con el intento de suicidio.

En una investigación llevada a cabo por Terroba, Saltijeral y Gómez (1987), intentaron detectar el riesgo y la prevalencia de la ideación suicida y de los intentos de suicidio en la población que recibe atención médica en los servicios de consulta externa (n=392), hospitalización (n=349) y urgencias (n=353) de un hospital general. De los 1094 pacientes que se estudiaron, 3% habían tenido ideas suicidas severas durante el último año, que ameritaban tratamiento debido al alto riesgo que corrían de intentar suicidarse en el futuro.

También encontraron que el año anterior al estudio, el 4% lo había intentado por lo menos una vez, el 2%, dos veces y el 1%, tres veces o más. Los pacientes manifestaron que su deseo de quitarse la vida obedecía a su necesidad de escapar y resolver sus problemas, principalmente los de índole familiar y los afectivos.

En otra investigación, González-Forteza, Berenzon, Tello, Facio y Medina-Mora (1998), se abordó la ideación suicida y las características asociadas en adolescentes mexicanas. Compararon dos muestras: una estudiantil (n=1717) y una clínica (n=30), las mujeres de ésta muestra estaban internadas por haber intentado suicidarse.

Los principales resultados indicaron que el 11.8% de la muestra estudiantil y el 56.7% de la muestra clínica presentaron todos los síntomas de ideación suicida de 1 a 7 días, mientras que el 1.3% y 33.3%, respectivamente, presentaron todos los síntomas de ideación suicida de manera persistente (5-7 días). Además, las autoras

identificaron ciertas características de riesgo que pueden aumentar el riesgo de ideación suicida en estudiantes, como son: cursar el nivel secundaria, interrumpir los estudios por más de 6 meses y percibir como malo su desempeño escolar. También encontraron que el 56.7% de la población clínica había intentado quitarse la vida por primera vez, en el 27.7% de los casos era su segundo intento, y el 18.7% tenían antecedentes de tres ó más intentos suicidas en su vida.

Otro hallazgo interesante de esta investigación fue identificar que las mujeres que habían intentado suicidarse por primera vez, pensaron que su muerte era improbable, mientras que quienes ya lo habían intentado más veces, en su mayoría pensaron que su muerte sería posible o certera en ese último intento. Estas adolescentes, presentaron variables asociadas que incrementaban el riesgo del intento, tales como: no vivir con ambos padres, ser hijas únicas o primogénitas y pensar que su muerte sería posible y certera.

González-Forteza, Jiménez y Gómez (1995), hicieron una investigación acerca de los indicadores asociados con la ideación suicida en adolescentes mexicanos (n=423), el 55.6% eran hombres y 44.4% eran mujeres. Lo más destacado de dicha investigación son las diferencias por género, ya que los hombres con pensamientos suicidas se encontraron más afectados por el estrés familiar, derivado principalmente de la violencia familiar. Por otra parte, las mujeres con ideas suicidas resultaron más vulnerables al estrés social, ocasionado por las relaciones conflictivas con sus mejores amigas, y a las características de personalidad (como gustar de hacer las cosas impulsivamente y percibirse sin características positivas de autoestima).

3.6 Baja Autoestima

Otro de los factores de riesgo de la conducta suicida es la autoestima. Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2000) realizaron una investigación sobre autoestima, sintomatología depresiva e ideación suicida, en estudiantes de secundaria (n=423). Sus resultados mostraron 16.5% de estudiantes con ideación suicida, también se encontró que el 80.3% de la muestra tuvo baja autoestima, de los cuales 79.5% eran hombres y 81.4% eran mujeres. Y al analizar la asociación entre ideación suicida y autoestima se observó que el 15.5% de toda la muestra tuvo ideación y autoestima baja.

Por otra parte, Gonzalez-Forteza, Ramos, Mariño y Pérez (2001) en su artículo "Vidas en Riesgo", expusieron que el perfil de riesgo suicida en estudiantes de secundaria y bachillerato, obtenido a través de un estudio llevado a cabo en el Distrito Federal, presento semejanzas y similitudes entre hombres y mujeres. Se identificaron indicadores de riesgo de riesgo suicida para ambos sexos, como son: el impacto estresante de los conflictos cotidianos en las áreas familiar y de mejor

amigo (a), rechazo por parte del mejor amigo (a). Otro factor de riesgo identificado fue la baja autoestima; especialmente manifestada por el deseo de tener más respeto por sí mismo (a). Además de la utilización de respuestas de afrontamiento predominantemente agresivas.

Como se ha visto, los resultados de las investigaciones revisadas en el presente capítulo, han sido consistentes en ciertas características del suicidio, lo cual hace posible sugerir un perfil del sujeto que intenta suicidarse. Entonces se puede decir que son las mujeres quienes más lo intentan; sin embargo, los hombres son quienes más consuman el suicidio. En ambos sexos, la principal causa para llevar a cabo la conducta suicida son los problemas de índole familiar. Con respecto al método empleado para suicidarse, la ingestión de pastillas es el más utilizado por las mujeres; y en el caso de los hombres, el arma de fuego y el ahorcamiento. En ambos sexos, el consumo de drogas y alcohol, la desesperanza y la depresión son factores de riesgo suicida.

CAPITULO 4. METODO

La información que se utilizará para este estudio, proviene de la "Encuesta sobre el uso de Drogas entre la Comunidad Escolar, medición 2000". Consumo de sustancias y otros factores de los adolescentes de nivel medio y medio superior del DF. Encuesta Otoño del 2000. Salud Mental. En prensa. (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Bermúdez, Castro y Blanco. 2001).

Planteamiento del Problema

¿Cuál es la prevalencia de intento suicida en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal?, ¿Están relacionados el consumo de drogas, la ideación suicida, la autoestima y el ambiente familiar con el intento suicida.?

Objetivos Generales

- a) Analizar la prevalencia de Intento suicida en estudiantes adolescentes.
- b) Analizar el intento suicida y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar.

Objetivos Específicos

- Identificar la prevalencia del intento suicida en estudiantes del Distrito Federal, y cuáles son las delegaciones más afectadas.
- Conocer los métodos utilizados por las mujeres y por los hombres que han intentado suicidarse.
- Conocer las principales razones del intento suicida en las mujeres y los hombres.
- Describir la relación entre intento suicida y autoestima.
- Describir la relación entre intento suicida e ideación suicida.
- Describir la relación entre el intento suicida y el ambiente familiar.
- Describir la relación entre el intento suicida y el consumo de drogas

Hipótesis Conceptual

En la presente investigación se espera que el intento de suicidio se presente en los adolescentes que consuman drogas, que muestren mayor ideación suicida, que tengan baja autoestima y que presenten problemas en su ambiente familiar.

Definición Conceptual de las Variables

Autoestima: Pensamientos y sentimientos de la persona con referencia a sí mismo como un objeto (Rosenberg,1973).

Percepción del Ambiente familiar:

La percepción que tiene el adolescente respecto a los procesos de interacción que se dan dentro su familia, como la comunicación, el apoyo entre sus miembros y el nivel de integración logrado entre ellos (Villatoro, Andrade-Palos, Fleiz, Medina-Mora, Reyes, 1997)

a) **Comunicación Familiar:**

Se refiere al grado en que el adolescente percibe el intercambio de información entre los miembros de su familia. Dicha información consiste en la narración de eventos cotidianos, problemas comunes, situaciones personales o íntimas, etc.

b) **Apoyo Familiar**

Se refiere al grado en que el adolescente percibe que su familia lo ayudará para solucionar los problemas propios o comunes de la familia, así como la ayuda que él proporciona a los miembros que tienen problemas.

c) **Hostilidad y Rechazo**

Se refiere al grado de fricción y alejamiento que hay entre los miembros de la familia, y se caracteriza por los bajos niveles de colaboración y entendimiento entre sus integrantes (Villatoro, Andrade-Palos, Fleiz, Medina-Mora, y Reyes ,1997).

Intento Suicida: Cualquier acto de autoperjuicio infligido con intención autodestructiva (Stengel, 1965).

Ideación Suicida: Son ideas o pensamientos que tiene la persona acerca de la propia muerte (Medina-Mora, 1990).

Definición Operacional de las Variables

Consumo de drogas: En el presente trabajo, el consumo de drogas excluye, alcohol y tabaco. Esta variable se considerará con base a los siguientes valores: a) No usuario-uso experimental-uso moderado. Es decir, el no consumo es cuando el adolescente no ha utilizado drogas ilegales (marihuana, cocaína, inhalables, heroína o alucinógenos) ni drogas médicas (tranquilizantes, anfetaminas, analgésicos narcóticos o estimulantes), o si ha usado estas últimas, las ha usado bajo prescripción y supervisión médica. El uso experimental se refiere al uso de cualquier droga de una a cinco veces, a lo largo de la vida del sujeto. El uso moderado se refiere al uso de cualquier droga por más de cinco veces, a lo largo de la vida del sujeto (Villatoro y cols, 1997).

Autoestima: La calificación que obtenga será de acuerdo a la escala de Rosenberg (Anexo), donde a mayor puntaje mayor autoestima.

Ambiente Familiar: La calificación que obtenga será de acuerdo a la escala de Ambiente Familiar de Villatoro, Andrade-Palos, Fleiz, Medina-Mora y Reyes, (1997) (Anexo)

Ideación Suicida: La ideación suicida se midió por medio de los siguientes reactivos en la última semana (Anexo)

- No podía "seguir adelante"
- Tenía pensamientos de muerte
- Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto (a)
- Pensé en matarme (Roberts, 1980).

Intento Suicida: Se obtiene de acuerdo a la cédula de intento suicida (Anexo) tomando en cuenta los siguientes criterios:

Intento Suicida: Se utilizaron indicadores previamente evaluados en estudios anteriores (González-Forteza, Marino, Rojas, Mondragón, y Medina-Mora, 1998) y por ello, también incluidos en la Encuesta de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: Medición otoño 1997 (Villatoro et al., 1999), para indagar la ocurrencia del intento, el número de veces en la vida, edad del único o último intento, sus motivos y método. Estos dos últimos indicadores fueron diseñados para obtener respuestas abiertas y registrar las posibles razones y los modos de llevar a cabo el intento, y para distinguir entre haber llevado a cabo el intento suicida, de sólo haber tenido la intención de llevarlo a cabo. Las

categorías de análisis para detectar la prevalencia de intento suicida alguna vez en la vida fueron las siguientes:

Intento Definido: Cuando se contestó afirmativamente a la pregunta: "Alguna vez, a propósito te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño, con el fin de quietarte la vida?" y se respondieron las preguntas subsiguientes (número de veces, edad del intento, motivos y métodos). En el caso de que se haya omitido la edad, se verifica que los demás datos estén completos y sean congruentes. Cuando no hubo claridad en el motivo, pero el método fue claramente una conducta autodestructiva y se contestó (2 ó 3) al deseo de morir, se considera como intento definido.

Intento Suicida probable: Cuando se contestó afirmativamente a la pregunta arriba señalada, pero no se respondió al menos una de las preguntas subsiguientes; o bien, se registró en el indicador de método solo la intención de tratar de quitarse la vida, pero sin haberla llevado a cabo, por ejemplo "Me iba a tomar unas pastillas".

Sin intento suicida: Se refiere al registro negativo a la pregunta mencionada.

Motivo: En caso de respuestas múltiples, se codifican en dos categorías, por ejemplo: Problemas Familiares y Problemas Familiares/Con novio.

Método: En caso de respuestas múltiples:

Si hace referencia al último, tomarlo en cuenta sin importar la letalidad. Si **NO** tiene referencia al último, tomar en cuenta el más letal, en caso de respuesta dudosa, y el intento, si parece importante, considerar el deseo de morir = 3. Si el motivo no es claro, no se considera dato perdido, no es blanco, se codifica como: **no específico**, tomando en cuenta el deseo de morir.

Población y Muestra

El diseño de muestra plantea la estimación de las tendencias sobre el uso de drogas en los estudiantes media y media superior del D.F, especificando el grado de contribución de cada delegación política a la magnitud del problema. Para la estimación del tamaño de muestra se consideró: A) La distribución del uso de drogas por sexo, grupo de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio. B) Las prevalencias a nivel delegacional para el uso del alcohol y tabaco por sexo, grupo de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio. C) Las prevalencias a nivel delegacional para el uso de inhalables, antetaminas, marihuana, tranquilizantes y cocaína, por sexo, grupo de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.

El marco muestral se elaboró con los registros oficiales de los estudiantes de enseñanza media y media superior del ciclo escolar 1999-2000 de la Secretaría de Educación Pública. El muestreo se sometió a validaciones y depuraciones, para ello

se obtuvo una muestra aleatoria del 10% de las escuelas de cada dominio de estudio, en las que se verificó la información del marco muestral para que ésta fuera la más confiable posible y poder evitar inconsistencias en las estimaciones.

El diseño de la muestra fue estratificado, bietápico y por conglomerados, en el cual la variable de estratificación fue el tipo de escuela: secundaria, bachillerato y técnicas. La unidad de selección en la primera etapa la constituyó las escuelas y en la segunda el grupo escolar al interior de ésta.

La muestra original sobre la cual se obtuvo la información la constituyeron los estudiantes de enseñanza media y, media superior inscritos en el ciclo escolar 1999-2000, en las escuelas públicas y privadas del Distrito Federal. Se consideraron tres dominios de estudio: secundaria, bachillerato y bachillerato técnico.

Instrumento

El instrumento fue aplicado en tres formas debido a su extensión, la aplicación promedio fue de 75 minutos. De esta manera, las secciones que se mantienen iguales para todos los sujetos fueron : Datos sociodemográficos, condiciones de vivienda, consumo de drogas, alcohol y tabaco, problemas relacionados con el consumo de drogas, conducta antisocial, ámbito social, ámbito interpersonal.

Cada forma se aplicó a una muestra de tamaño similar e incluye lo siguiente: En la forma A se incluye la evaluación de tiempo libre, trastornos de la alimentación, nivel de depresión, la relación de los medios de comunicación con el consumo de tabaco y alcohol y los hábitos de estudio. Las secciones de la forma B son la conducta sexual, percepción de los maestros y tientes de apoyo. En la forma C, las secciones adicionales son lugares donde los adolescentes acostumbra beber y comprar bebidas alcohólicas, medidas para disminuir el consumo de alcohol, creencias, razones y problemas asociados con el consumo de alcohol.

El cuestionario ha sido aplicado en encuestas anteriores y ha sido previamente validado (Berenzon, Medina-Mora, 1986; Juárez, Medina-Mora, Berenzon, Villatoro, Carreno, López, Galván y Rojas, 2000, Medina-Mora, Gomez-Mont y Campillo, 1981).

En cuanto a las secciones específicas del instrumento que se utilizarán en el presente trabajo, se encuentran en las tres formas del cuestionario y tienen los siguientes antecedentes de confiabilidad y validez.

1) Escala de Autoestima. Se incluyó la escala de Rosenberg (1965), que consta de 10 reactivos originales sobre sentimientos hacia sí mismo, que contemplan dos dimensiones: atributos positivos y negativos. Esta escala ha sido validada y revalidada para estudiantes mexicanos de secundaria y bachillerato por González-Forteza y cols. (1993, 1997, 1997). En 1997 el análisis factorial, arrojó 2 factores: autoestima positiva y autoestima negativa. La consistencia interna de la escala global fue de .68, y la de cada dimensión fue de .70 y .68, respectivamente (González-Forteza, Andrade, y Jiménez 1997). Para la presente tesis se emplearon 5 reactivos positivos que son los que consistentemente han mostrado mayor confiabilidad y validez en los estudios mencionados. En el anexo, se señalan los reactivos que no se consideraron para el análisis de los resultados.

2) Ambiente Familiar

La escala original consiste en 42 preguntas que han sido validadas en la población de estudiantes de México (Villatoro, Andrade, Fleiz, Medina-Mora, Reyes, I. 1997). El principal interés de esta sección es preguntar sobre cómo es la comunicación, el apoyo y el rechazo que percibe el adolescente en su relación con sus padres. Los indicadores de confiabilidad reportan un Alfa de Cronbach de 0.70 para cada una de las áreas (dos de comunicación y una de rechazo) y las cargas factoriales son superiores a 0.40 en todos los casos. En análisis posteriores de la escala se obtuvo una versión más sencilla con 18 reactivos que tienen cargas factoriales superiores a 0.50 y que muestran correlaciones superiores a 0.80 con las áreas originales que contienen más reactivos.

3) Ideación suicida

La ideación suicida se evaluó con cuatro reactivos diseñados por Roberts (1980), acerca del contenido cognoscitivo de pensamientos referidos a la muerte en general y de sí mismo (a). En su versión adaptada para adolescentes y probada para estudiantes mexicanos por Medina-Mora, (1990). Se obtuvo una alpha de Cronbach de .88 entre estudiantes de bachillerato de una región del Distrito Federal. Otros estudios también con adolescentes estudiantes, reportan una consistencia interna satisfactoria $\alpha = .78$ a $\alpha = .84$

4) Intento Suicida

Se midió a través de las preguntas: "Alguna vez, ¿te has herido, cortado, intoxicado, etc., con el fin de quitarte la vida? Y ¿Qué edad tenías la única o última vez que te hiciste daño a propósito con el fin de quitarte la vida?, las cuales se han utilizado en estudios con población adolescente por González-Forteza (1993 y 1998). También se incluyen dos preguntas abiertas para precisar la información. Además incluye dos preguntas abiertas, con la finalidad de que el adolescente exponga sus razones así como los métodos empleados en el intento suicida.

Procedimiento

El diseño operativo de la encuesta incluyó un Coordinador Central, tres supervisores y 30 encuestadores, seleccionados entre un total de 40 sujetos capacitados. El curso de capacitación tuvo una duración de 18 horas, e incluyó aspectos conceptuales relacionados con las adicciones, antecedentes y los objetivos del proyecto, el manejo del cuestionario y las instrucciones para su aplicación y para la selección de los grupos. Se puso especial cuidado en que los encuestadores supieran transmitir las instrucciones que garantizaran a los alumnos la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Además se trataron todos los aspectos administrativos relacionados con la función de los encuestadores. El coordinador fue responsable del control del trabajo de campo, la entrega de materiales y del ejercicio financiero. Los supervisores vigilaron el trabajo de campo en una zona o delegación específica, y ayudaron a los encuestadores a solucionar problemas como localización y permisos de entrada a las escuelas. Los encuestadores realizaron la selección predefinida de grupos en la escuela y de la aplicación de los cuestionarios.

Después de la aplicación, tanto los supervisores como el coordinador central hicieron una verificación adicional con el fin de: a) clasificar las sustancias reportadas por los estudiantes, b) verificar que se trataba de una droga que se usara con motivos de intoxicación, y c) detectar, corregir o, en su caso, eliminar cuestionarios inconsistentes. Para la captura y validación de la información, se elaboró un programa de cómputo que verifica la congruencia de las respuestas y después se llevó a cabo una nueva depuración por programa y con base en los cuestionarios.

CAPITULO 5 RESULTADOS

Prevalencia del Intento Suicida

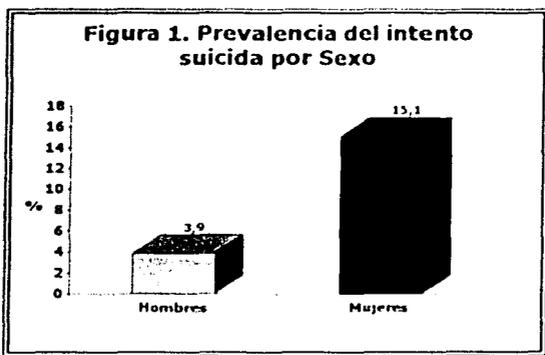
Se utilizó el programa STATA versión 7.0 para obtener la prevalencia de intento suicida en el Distrito Federal y los intervalos de confianza de cada delegación, lo cual permitió identificar las delegaciones más afectadas.

En la tabla 1, se presentan los intervalos de confianza, así como las prevalencias de intento suicida en el Distrito Federal y por delegación. La columna de la derecha indica con un símbolo, si la prevalencia por delegación fue mayor, menor o igual que la del Distrito Federal.

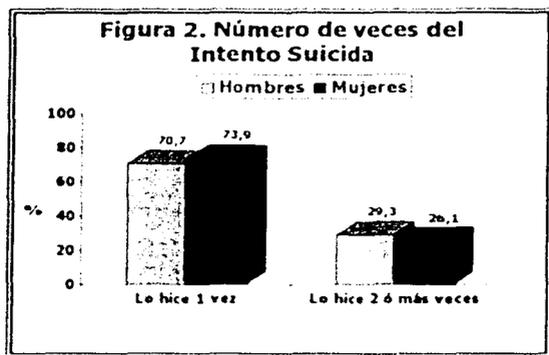
Tabla 1. Prevalencias e Intervalos de Confianza de Intento Suicida en Estudiantes del Distrito Federal.

Estrato	Prevalencia	IC 95%	Ubicación en relación al DF
DF	9.5	8.8-10.20	
Alvaro Obregón	9.5	6.16-12.78	=
Azcapotzalco	9.3	6.88-11.80	=
Benito Juárez	12.3	9.13-15.40	>
Coyoacán	9.6	7.20-11.98	=
Cuajimalpa de Morelos	9.5	6.55-12.38	=
Cuauhtémoc	10.6	7.89-13.22	>
Gustavo A. Madero	11.8	9.08-14.44	>
Iztacalco	9.5	7.13-11.79	=
Iztapalapa	7.8	6.08-9.52	<
Magdalena Contreras	10.3	7.13-13.37	>
Miguel Hidalgo	9.6	7.08-12.21	=
Milpa Alta	8.2	5.07-11.27	<
Tlahuac	8.4	6.25-10.62	<
Tlalpan	8.6	6.68-10.51	<
Venustiano Carranza	12.1	8.71-15.39	>
Xochimilco	6.3	4.01-8.67	<

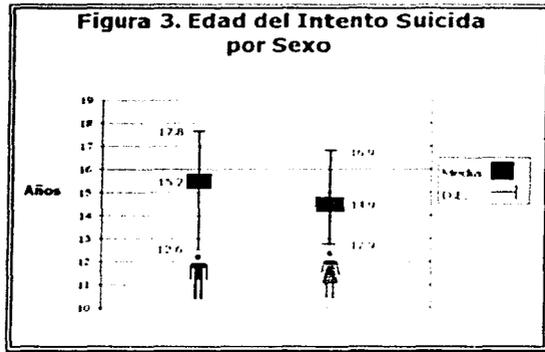
La prevalencia de intento suicida en el Distrito Federal, fue de 9.5%, se encontró que las mujeres fueron las más afectadas por dicha conducta en relación con los hombres (15.1% y 3.9%), respectivamente. (Figura. 1).



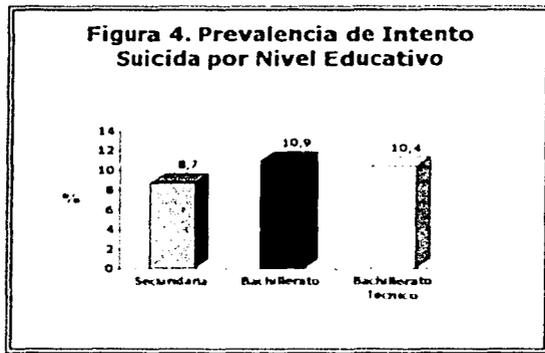
Del porcentaje de mujeres que intentaron suicidarse, el 73.9% lo hizo una vez y el 26.1% lo hizo dos veces ó más. Por otra parte, el 70.7% de los hombres que intentaron suicidarse, lo hizo una vez y el 29.3% lo hizo dos o más veces. (Figura 2).



La edad promedio del intento suicida en las mujeres fue de 14.9 años, mientras que la de los hombres fue de 15.2 años. (Figura 3).



El nivel educativo con mayor prevalencia de intento suicida fue el bachillerato (10.9%), seguido por el bachillerato técnico (1.4%) y la secundaria (8.7%). (Figura.4).



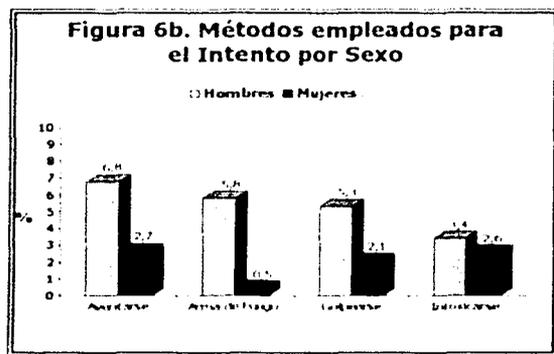
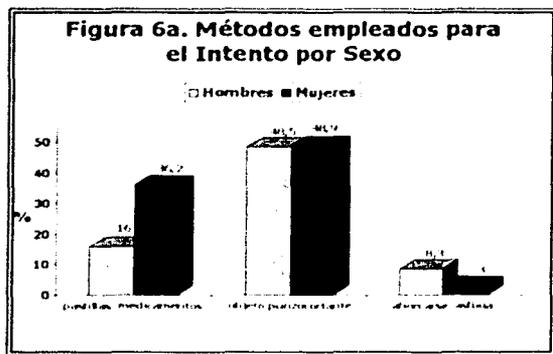
En la figura 5 se observa que las delegaciones con mayor prevalencia de intento suicida fueron: Benito Juárez (12.3%), Venustiano Carranza (12.1%), Gustavo A. Madero (11.8%), Cuauhtémoc (10.6%), Magdalena Contreras (10.3%).



Métodos Empleados para el Intento Suicida

Se utilizó el programa SPSS versión 10.0, para hacer un análisis de frecuencias simples, de los motivos y métodos empleados por los hombres y mujeres que intentaron suicidarse.

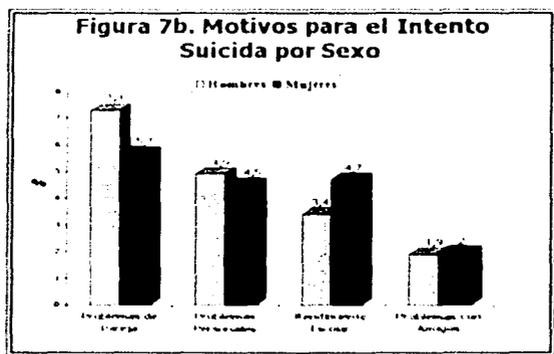
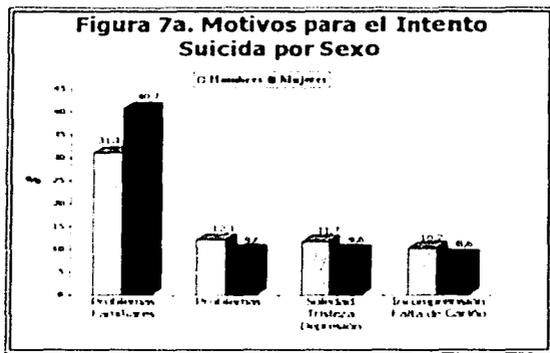
Aunque la prevalencia de intento suicida fue diferente entre hombres y mujeres, se encontró un dato interesante, tanto hombres como mujeres emplearon en primer lugar para el intento suicida, los objetos punzocortantes, (48.5% y 48.9% respectivamente), observándose un porcentaje ligeramente mayor en las mujeres. El segundo método empleado por hombres y mujeres fue la ingestión de pastillas y medicamentos (16% y 36.2%), como se muestra, el porcentaje de las mujeres fue claramente superior al de los hombres. El tercer método empleado por hombres y mujeres para el intento de suicidio fue el ahorcamiento o la asfixia, (8.3% y 3%). Como es de notar, la utilización de este método es mayor en los hombres. Es importante señalar que los hombres muestran diferencias en ciertos métodos empleados, en relación con las mujeres, como son el aventarse (por la ventana, la azotea, o a los coches), (6.8% y 2.7%), el uso de arma de fuego (5.8% y 0.5%), y el golpearse (5.3% y 2.1%). Otros métodos utilizados, aunque en menor medida, fueron el envenenamiento y el no comer. (Figuras 6a y 6b).



Motivos para el Intento Suicida

El motivo principal para suicidarse tanto en hombres como en mujeres, fueron los problemas familiares. Sin embargo, se observa que el porcentaje de las mujeres fue más elevado (40.7% y 31.1%, respectivamente). El segundo motivo reportado por ambos sexos fueron los problemas en general, aunque en este caso los hombres tienen un porcentaje mayor que las mujeres: 12.1% y 9.6%, respectivamente. El tercer motivo para el intento fue la soledad, tristeza y depresión, en donde también se observan diferencias entre sexos, siendo los hombres quienes más lo reportan, 11.7%, las mujeres en un 9.6%. Otro motivo para intentar suicidarse fue la incompreensión y la falta de carino, observándose que éste es mayor en los hombres que en las mujeres (10.2% y 8.6%, respectivamente).

Por otra parte los problemas de pareja son mayormente reportados por hombres que por mujeres (7.3% y 5.3%, respectivamente). El rendimiento escolar también fue un motivo para el intento, pero son las mujeres quienes más lo reportan, en relación con los hombres (4.7% y 3.4) respectivamente. También se mencionaron otros motivos como, baja autoestima, muerte o pérdida de alguien, llamar la atención, rebeldía o inadaptación social y haber sido víctima de violación o abuso sexual (Figuras 7a y 7b).



Características Sociodemográficas del Adolescente que intenta suicidarse.

Para conocer el perfil del adolescente que intento suicidarse, se utilizó la prueba de χ^2 , esto es porque la variables del perfil sexo, si estudio el año pasado, si tiene

papá o mamá, etc, se midieron a nivel nominal y fueron dos grupos (los que han intentado o no suicidarse).

De acuerdo con los resultados, en el caso de los hombres, el adolescente que está estudiando el bachillerato técnico (5.6%), no estudió el año pasado (7.7%), trabajó el año pasado (5.7%), no tiene papá (8.4%) o no tiene mamá (5.0%) y el jefe de familia no tiene escolaridad (6.8%), es el que más ha intentado suicidarse.

En el caso de las mujeres, principalmente las que están estudiando nivel medio superior (17.2%), que no estudiaron (20.1%) o que solo estudiaron medio tiempo (19.1%), no tienen papá (21.1%) o mamá (27.3%) y la escolaridad de su jefe de familia es de nivel medio superior (17.3%), fueron las que más intentaron suicidarse.

Tabla 2. Características Sociodemográficas del Estudiante que Intenta Suicidarse.

	Hombre		Mujer	
	Sin intento	Con intento	Sin intento	Con intento
Dominio de Estudio				
Secundaria	96.5	3.5	85.8	14.2
Bachillerato	95.9	4.1	82.7	17.3
Bachillerato Técnico	94.4	5.6	82.8	17.2
Estudió el año pasado				
No	92.3	7.7	79.1	20.9
Estudió medio tiempo	94.2	5.8	80.9	19.1
Estudió tiempo completo	96.6	3.4	85.1	14.9
Trabajó el año pasado				
No	96.5	3.5	85.6	14.4
Trabajo medio tiempo	94.5	5.5	74.8	25.2
Trabajo tiempo completo	94.3	5.7	76.7	23.3
Tiene papá				
Si	96.4	3.6	85.7	14.3
Lo sustituye un familiar	94.7	5.3	78.9	21.1
Otro	91.6	8.4	75.0	25.0
Tiene mamá				
Si	96.1	3.9	84.8	15.2
Lo sustituye un familiar	94.7	5.3	72.7	27.3
Otro	95.0	5.0	80.5	19.5
Escolaridad jefe de familia				
Sin educación formal	93.2	6.8	86.8	13.2
Escuela primaria	96.9	3.1	85.7	14.3
Secundaria o equivalente	96.5	3.5	84.7	15.3
Preparatoria o equivalente	95.4	4.6	82.7	17.3
Escuela vocacional	96.3	3.7	82.9	17.1
Universidad	96.1	3.9	85.5	14.5
Post-grado	94.7	5.3	84.7	15.3
Otro	94.5	5.5	75.9	24.1

Relación entre el Intento Suicida, la Autoestima, la Ideación Suicida y el Ambiente Familiar.

Para describir la relación que guarda el intento suicida y las variables de interés se aplicó la prueba del análisis de varianza de dos factores (si ha intentado o no suicidarse y el sexo). Las variables de estudio (autoestima, ambiente familiar e ideación suicida) se midieron a nivel intervalar.

Los resultados muestran que la autoestima fue menor en hombres y mujeres que intentaron suicidarse en relación con los que no lo intentaron. (Tabla 3).

En cuanto al número de síntomas de ideación suicida también fue mayor (más del doble) en los estudiantes que intentaron suicidarse en relación a los que no lo intentaron. (Tabla 3).

Por otra parte se encontró que en el ámbito familiar de los adolescentes que intentaron suicidarse, existe mayor hostilidad y rechazo, menor comunicación del hijo, menor apoyo de los papás y menor apoyo significativo del hijo. (Tabla 3)

Tabla 3. Intento de Suicidio, Familia, Autoestima e Ideación Suicida.

		Intento Suicida				F	p
		Hombre		Mujer			
		No lo ha intentado	Si	No lo ha intentado	Si		
Autoestima	\bar{x}	3.0	2.9	3.1	2.9	22.581	.000
	DE.	.9	.8	.8	.8		
Ideación Suicida # de síntomas	\bar{x}	.7	2.0	.8	2.2	441.174	.000
	DE.	1.1	1.5	1.1	1.5		
Hostilidad y rechazo	\bar{x}	1.9	2.0	1.7	1.9	12.64	.017
	DE.	1.3	1.1	1.1	.8		
Comunicación del hijo	\bar{x}	2.6	2.3	2.6	2.1	39.405	.000
	DE.	1.3	1.3	1.2	1.0		
Apoyo de los papás	\bar{x}	3.3	3.0	3.3	2.9	28.179	.000
	DE.	1.3	1.2	1.1	1.0		
Comunicación de los papás	\bar{x}	2.8	2.6	2.9	2.5	23.250	.000
	DE.	1.3	1.2	1.1	1.0		
Apoyo significativo del hijo	\bar{x}	3.1	2.9	3.2	2.9	15.64	.000
	DE.	1.3	1.2	1.2	1.0		

Relación entre Intento Suicida y Consumo de Drogas.

Para conocer la relación que guarda el intento suicida y el consumo de drogas, se utilizó la prueba de X^2 . Esto porque las variables de consumo de drogas, alguna vez, último año, último mes y si son drogas médicas etc, se midieron a nivel nominal y se constituyeron 4 grupos (hombres que han intentado suicidarse, mujeres que han intentado suicidarse, hombres que no han intentado suicidarse, mujeres que no han intentado suicidarse).

El consumo de drogas en los estudiantes varones que intentaron suicidarse, fue mayor que en los que no lo intentaron, ya que el 26.6% consumió marihuana alguna vez, el 16.9% en el último año y el 9.2% en el último mes. Además el 25.1% de ellos consumió cocaína alguna vez, 16.9%, en el último año y 7.7%, en el último mes.

También se observó que el 16.4% utilizó inhalables alguna vez, 9.7% en el último año y 6.3% en el último mes. Los estudiantes varones que intentaron suicidarse, también presentaron un consumo más alto de anfetaminas, las prevalencias fueron: 15.9% alguna vez, 10.1% en el último año y 5.3%, en el último mes. (Tabla 4).

El consumo de tranquilizantes fue: (15.0%), alguna vez, (9.7%), último año y 5.8%), último mes. Mientras que el consumo de crack fue de 14.5% en la prevalencia alguna vez.

Los alucinógenos fueron consumidos alguna vez por el 10.1% de los hombres que intentaron suicidarse, el 6.8% los consumió en el último año y el 2.9% en el último mes.

El 4.8% de los casos de intento suicida, reportaron haber consumido sedantes alguna vez, 2.9% en el último año y 1.4% en el último mes.

Las prevalencias de consumo de heroína fueron: 10.1% alguna vez; 5.8% el último año y 2.9% el último mes.

Por otra parte, en el caso de las mujeres que intentaron suicidarse, también se observó un mayor consumo de drogas, en relación con las mujeres que no intentaron el suicidio. Las prevalencias de consumo de tranquilizantes fueron: 16.5%, alguna vez; 11.5% el último año; y 6.2% el último mes.

Las anfetaminas fueron consumidas alguna vez por el 12.0% de ellas, el 7.7%, las empleó en el último año y el 4.5% en el último mes.

La marihuana fue consumida por el 9.5% de los casos en la prevalencia alguna vez, mientras que el 5.9% la consumió en el último año y el 2.9% en el último mes.

El 9.1% de los casos de intento suicida en mujeres, reportaron haber consumido cocaína alguna vez, el 3.9% en el último año y el 2.1% en el último mes. El crack se consumió en el 4.1% de los intentos suicidas.

Las prevalencias de alucinógenos fueron: 2.6%, alguna vez; 2.0% el último año, y 0.6% el último mes. Las de consumo de inhalables fueron: 8.7%, alguna vez, 4.6%, último año y 2.0% el último mes.

En el caso de los sedantes, el 4.4% de las mujeres que intentaron suicidarse, reportaron haberlos consumido alguna vez, el 2.7% en el último año y el 1.6% en el último mes.

Con lo que respecta al consumo de heroína, el 2.1% la empleó alguna vez, el 1.1% en el último año y el 0.5% en el último mes.

El consumo de cualquier droga en las prevalencias alguna vez, último año y último mes, fue claramente mayor en los hombres que intentaron suicidarse en relación con las mujeres que lo intentaron. Tabla 3.

El consumo de cualquier droga médica en las prevalencias alguna vez y último año, también fue mayor en los hombres, sin embargo, la prevalencia del último mes, fue ligeramente mayor en las mujeres. Tabla 3.

Con respecto al consumo de cualquier droga ilegal, en las prevalencias alguna vez, último año y último mes, es mucho más alto en los hombres que intentaron suicidarse en comparación con las mujeres que también lo intentaron. Tabla 3.

Tabla 4. Consumo de drogas e Intento de Suicidio en Hombres y Mujeres.

	Intento Suicida				X ²	p
	Hombres		Mujeres			
	No %	Si %	No %	Si %		
Alguna Vez						
Anfetaminas	3.2	15.9	2.3	12.0	268.626	.000
Tranquilizantes	3.4	15.0	3.9	16.5	313.025	.000
Mariguana	7.6	26.6	2.2	9.6	324.034	.000
Cocaína	6.7	25.1	1.8	9.1	320.878	.000
Crack	2.8	14.5	.7	4.1	207.989	.000
Alucinógenos	1.9	10.1	.6	2.6	140.208	.000
Inhalables	5.0	16.4	2.0	8.7	176.027	.000
Sedantes	.8	4.8	.7	4.4	121.903	.000
Heroína	1.1	10.1	.3	2.1	209.651	.000
Cualquier droga	15.9	46.9	8.7	32.9	503.022	.000
Cualquier droga médica	6.3	27.5	5.8	25.1	463.130	.000
Cualquier droga ilegal	12.6	39.1	4.5	19.5	439.785	.000
Ultimo año						
Anfetaminas	1.9	10.1	1.3	7.7	189.812	.000
Tranquilizantes	2.0	9.7	2.5	11.5	249.188	.000
Mariguana	4.5	16.9	1.2	5.9	216.485	.000
Cocaína	3.9	16.9	.9	3.9	234.198	.000
Alucinógenos	1.2	6.8	.3	2.0	107.970	.000
Inhalables	2.6	9.7	1.1	4.6	99.990	.000
Sedantes	.5	2.9	.3	2.7	78.815	.000
Heroína	.8	5.8	.1	1.1	109.511	.000
Cualquier droga	9.9	33.3	5.6	22.9	373.497	.000
Cualquier droga médica	3.7	17.9	3.5	17.5	358.588	.000
Cualquier droga ilegal	7.9	28.5	2.7	11.1	315.132	.000
Ultimo mes						
Anfetaminas	.9	5.3	.5	4.5	129.874	.000
Tranquilizantes	1.2	5.8	1.1	6.2	141.646	.000
Mariguana	2.5	9.2	.5	2.9	128.903	.000
Cocaína	1.6	7.7	.4	2.1	111.143	.000
Alucinógenos	.6	2.9	.1	.6	*NA	
Inhalables	1.5	6.3	.5	2.0	72.474	.000
Sedantes	.4	1.4	.2	1.6	*NA	
Heroína	.5	2.9	.1	.5	*NA	
Cualquier droga	5.5	20.8	2.5	13.8	279.518	.000
Cualquier droga médica	2.1	10.1	1.6	10.0	248.584	.000
Cualquier droga ilegal	4.3	15.9	1.1	5.5	191.069	.000

* NA (No se aplica).

Los resultados más relevantes en cuanto al consumo de drogas, indican que este se presentó en casi la mitad de los adolescentes que intentaron suicidarse. Las prevalencias de consumo de las diferentes drogas generalmente fue mayor en los hombres. Sin embargo el consumo de tranquilizantes, siempre fue mayor en las mujeres. Es importante señalar que el consumo de cualquier droga ilegal alguna vez en los hombres, fue el doble que el consumo de las mujeres. Por otra parte, el consumo de cualquier droga médica alguna vez, se presentó de manera similar en hombres y mujeres.

CAPITULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo reporta que la prevalencia de intento suicida en estudiantes del Distrito Federal durante del año 2000, fue de 9.5%, lo cual representa un incremento de dicha conducta, ya que en 1997 la prevalencia fue de 8.3% (Villatoro, Medina-Mora, Cardiel, Villa, Alcántar, Vázquez, Fleiz, Navarro, Blanco y Néquiz, 1999).

En México, los datos epidemiológicos muestran incrementos constantes en las tasas de suicidio e intentos en la población joven, en particular en la población de 15 a 19 años, que de 1970 a 1990 incrementó en un 90% (Hijar, Rascón, Blanco y López, 1996).

Al igual que en estudios anteriores, la mayor proporción de intentos de suicidio correspondió al sexo femenino (15.1%), mientras que el 3.5% de los intentos fueron del sexo masculino. Al respecto múltiples investigaciones han reportado que las tasas más altas de intentos de suicidio se presentan en mujeres (Terroba, Heman, Saltijeral, Martínez, 1996; Terroba, Saltijeral, Gómez, 1988.).

Por otra parte, el análisis de los métodos utilizados para el intento suicida, indicó que hombres y mujeres emplearon en primer lugar los objetos punzocortantes, (48.5% y 48.9%, respectivamente); en segundo lugar la ingestión de medicamentos (16% y 36.2%, respectivamente); y en tercer lugar el ahorcamiento o la asfixia (8.3% y 3%, respectivamente). De acuerdo con Hijar, Rascón, Blanco, López, (1996) la utilización de estos medios reside en la mayor accesibilidad y disponibilidad de los mismos.

Con respecto a los motivos para intentar suicidarse, en hombres y mujeres, fueron principalmente los de índole familiar (31.1% y 40.7%, respectivamente). El segundo motivo reportado por hombres y mujeres fue los problemas de pareja (12.1% y 9.6%) y el tercer motivo mencionado tanto por hombres y mujeres fue Soledad/tristeza/depresión, (11.7% y 9.6%, respectivamente).

Es necesario mencionar que las diferencias en las prevalencias de intento suicida por sexo (3.9% de hombres y 15.1% de mujeres), muestran una vez más que dicha conducta afecta en mayor medida al sexo femenino, lo cual permite darse cuenta de que los programas e intervenciones deben estar encaminadas a tratar la conducta suicida con programas especiales para hombres y para mujeres y así poder responder a las necesidades de cada sexo, esta propuesta coincide con la elaborada por González-Forteza, Ramos, Mariño y Pérez,(2001).

La presente investigación reporta que el 46.9% de los estudiantes que intentaron suicidarse habían consumido alguna droga alguna vez en su vida. Es importante

mencionar que en general se encontraron prevalencias más altas en el consumo de las drogas consideradas en los estudiantes que intentaron suicidarse, con respecto a los que no lo intentaron.

Esto resulta realmente alarmante, ya que el consumo de drogas se presentó casi en la mitad de los casos de intento suicida. Al respecto, González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón y Medina-Mora, (1998) reportaron el consumo de drogas en adolescentes con intento suicida de la Ciudad de Pachuca y señalaron que el uso de sustancias (tabaco y/o alcohol en los últimos 30 días, y/o drogas ilícitas alguna vez en la vida) estuvo presente en el 52.7% de los casos de intento suicida.

Las prevalencias mencionadas anteriormente, perfilan el consumo de drogas como un factor de riesgo que puede potenciar la conducta suicida. Entonces cabe plantearse la interrogante ¿cuántos adolescentes se encuentran en riesgo de intentar suicidarse?. El analizar la prevalencia actual de consumo de drogas en el Distrito Federal, brinda una visión magnitud del problema, ya que en el año 2000, el 15% consumieron drogas alguna vez en su vida y el 5% son usuarios regulares (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Villa, Jasso, Alcántar, Bermúdez, Castro, Blanco, 2001).

Esto enfrenta a la ardua tarea de prevenir y/o evitar en lo posible el consumo de drogas en los adolescentes, ya que a pesar de los esfuerzos realizados por las autoridades, el trabajo aún no ha obtenido los frutos esperados. Por eso es necesario continuar con el trabajo, fortaleciendo los programas existentes y planeando la manera de que estos lleguen a toda la población en riesgo. Es necesario seguir fomentando la comunicación entre las autoridades escolares, de salud y gubernamentales para garantizar el éxito de este trabajo.

Es importante mencionar que en el presente trabajo, si bien se evidenció la relación entre el consumo de drogas y el intento de suicidio, es necesario profundizar en el tema, para definir como es esta relación.

En relación a la autoestima, se encontró que los adolescentes que intentaron suicidarse presentaron menor autoestima en comparación con los que no lo intentaron. Al respecto González-Forteza (1996), también identificó la baja autoestima como un factor de riesgo asociado a la conducta suicida. La baja autoestima es una variable que consistentemente se ha asociado con la conducta suicida, lo cual plantea la necesidad de planear e instrumentar programas y estrategias encaminadas a fortalecer la autoestima de nuestros y nuestras adolescentes.

Anteriormente se dijo que el principal motivo de los adolescentes para intentar suicidarse fueron los problemas familiares, pero, ¿cuál es el estilo de relación de la

familia?. Comparando el grupo de estudiantes sin intento suicida con el grupo de estudiantes que intentaron suicidarse, éstos últimos perciben mayor hostilidad y rechazo por parte de sus padres, menos comunicación en la familia, ya que tanto los adolescentes como sus padres no hablaban de sus problemas personales o de lo que les preocupaba. También percibieron menos apoyo de sus papás; aunque ellos tampoco apoyaban menos a sus padres.

Esta información pone de manifiesto la necesidad de trabajar en el fortalecimiento del ambiente familiar, específicamente, la forma de interacción de los miembros, ya que de esta manera la familia puede fungir como un elemento protector contra la conducta suicida.

Con respecto a la ideación suicida, los estudiantes que intentaron suicidarse presentaron un mayor número de síntomas que los estudiantes que no lo intentaron. En el caso de los hombres, la media fue de dos síntomas y en las mujeres de 2.2. Dichas medias son significativamente mayores que las de los hombres y mujeres que no lo intentaron (0.7 y 0.8 respectivamente). Esto indica que a mayor ideación suicida se incrementa el riesgo de intento suicida. Al respecto, González-Froteza, Berenzon, Tello, Facio, Medina-Mora (1998), realizaron una investigación acerca de la ideación suicida y las características asociadas en mujeres adolescentes, encontrando que los puntajes de ideación suicida, así como su severidad fueron significativamente más altos en quienes habían llevado a cabo más de un intento suicida en su vida.

El problema de la conducta suicida es muy complejo, ya que no sólo intervienen diversos factores, sino que también interactúan entre sí haciendo más difícil su comprensión. Por dicha razón, los profesionales de la salud mental están obligados a profundizar en el tema y a esclarecer las lagunas que se presentan en el abordaje de dicha problemática.

La prevalencia de intento suicida que reporta el presente trabajo sólo nos brinda una visión de la magnitud del problema, decimos que el 9.5% de los adolescentes del Distrito Federal han intentado suicidarse al menos una vez en su vida, pero más allá de dicha prevalencia, estamos hablando de 68,000 mujeres y 17,000 hombres adolescentes que continúan en riesgo, pues de acuerdo con la bibliografía, quien lo intenta una vez puede volver a intentarlo (Diesktra, 1980; Diesktra, 1993). Estos adolescentes requieren ayuda y estamos obligados a proporcionarla, ya que la situación de riesgo en la que se encuentran, necesita tanto de una intervención urgente, como de un seguimiento.

Los adolescentes que han intentado suicidarse son una fuente de información sumamente importante, por ello es necesario escucharlos, conocer sus motivos, lo

que sucedió antes y después del intento, y que ha significado esta experiencia para ellos.

Hay mucho por hacer, pero sin duda nuestra labor debe estar encaminada también a la prevención del intento suicida en los adolescentes, ya que en los últimos años se ha incrementado. Para esto, al igual que en el consumo de drogas, es indispensable convocar a un trabajo de equipo (adolescentes, maestros, padres, personal de salud, autoridades), que permitan llevar a cabo acciones conjunta para evitar que ocurra dicha conducta.

Por una parte, el personal de salud debe comprometerse a trabajar en el diseño de programas de prevención e intervención que respondan a las necesidades de los adolescentes, así como su implementación. Además de proveer de capacitación al personal de las escuelas

Los maestros son una parte fundamental, ya que son las personas con quienes los adolescentes pasan más tiempo, y además tienen mayores posibilidades de acercamiento con los padres de familia y pueden propiciar que se involucren más con sus hijos. Por ello es necesario sensibilizarlos y promover que se involucren más con sus estudiantes, para que de esta manera tengan la capacidad de detectar a los estudiantes en riesgo, y canalizarlos para que reciban atención. Es importante mencionar que al tener a la población cautiva permite el seguimiento.

También se debe promover una comunicación más estrecha entre las autoridades de salud, educativas para que tenga éxito el trabajo realizado tanto en intervención como en prevención e investigación.

Finalmente, cabe mencionar la importante labor que se cumple con las encuestas de estudiantes ya que permiten contar con un registro sistemático y periódico para monitorear la problemática en los adolescentes estudiantes, y dan la pauta para instrumentar acciones para su prevención primaria (educación para la salud) y secundaria (detección, canalización y seguimiento).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguirre, A. (1996). Psicología de la Adolescencia. México: Alfa Omega.
- Beck, A. T. Terapia Cognitiva de la depresión. Bilbao, Editorial Desclee de Brouwer, 5ª Edición, 1983.
- Berenzon S, Medina-Mora ME, Carreño S, Juárez F, Rojas E, y Villatoro J. (1996). Los factores relacionados con el uso y el abuso de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. Salud Mental, 19(2), 44-52).
- Borges G, Rosovsky H, Gil A, Pelcastre B, López J. (1993). Análisis de casos y controles de los intentos de suicidio en una muestra de servicios de urgencias. Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 4:198-203.
- Borges G, Rosovsky H, Caballero MA, Gomez C. (1994). La evolución reciente del suicidio en México 1970-1991. Anales, Reseña de la IX Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 5:15-21.
- Borges G, y Rosovsky H. (1996). Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample. Journal of Studies on Alcohol, 57(5): 543-548.
- Brooks, F. (1959). Psicología de la Adolescencia. Argentina: Kapelusz. 1ª edición, 1948.
- Cantor, P. C. (1976). Personality Characteristic found among Youthful Female Suicide Attempters" Journal of Abnormal Psychology, 85:324-329.
- Casullo, M. (1998). Adolescentes en Riesgo. Identificación y Orientación Psicológica. México: Paidós.
- Celis A, Rivas M, Valencia N, y Salazar JG. (1994). Alcohol y muerte traumática en Jalisco. Salud Pública de México, 36(3), 269-274.
- Conger, J. (1980). Adolescencia. Generación presionada. México: Harla.
- Delgado R. (1999). Perfil del Núcleo Familiar del adolescente con intento de suicidio. Tesis de Especialidad en Pediatría Médica. UNAM.
- Díaz del Guante MA, Molina H. (1994). Neurobiología del Suicidio. En: Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, 3: 81-98.

- Díaz del Guante MA, Molina H, Cruz A. (1994). Motivaciones para el suicidio e instrumentos de diagnóstico. En Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, 4:89-116.
- Diesktra, R. (1989). Epidemiology of suicide an parasuicide Acta Psych Scand, suppl: 371:1920.
- Diesktra, R. (1993). Suicide and the attempted suicide: an international perspective. Acta Psych Scand, suppl: 354:124
- Durkheim, E. (1965). El Suicidio. Madrid: Akal Editor. Original publicado en 1897).
- Elorriaga, M. (1972). Estudio sobre el problema del suicido en la década 1960-1969. Salud Pública de México, 14:487-498.
- Freud, S. (1917). "Duelo y Melancolía". En S. Freud (1976). Obras Completas. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajo sobre metapsicología y otras obras. Vol. XIV, 241-255. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1916) Los textos fundamentales del Psicoanálisis. Madrid, Alianza Editorial.
- Freud, S. (1920). "Más allá del Principio del Placer". En Freud, S. (1976). Obras Completas. Más allá del principio del placer y otras obras. Vol. XVIII, 7-62. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- García ME, & Tapia A. (1990). Epidemiología del suicidio en el estado de Tabasco en el periodo 1979-1988. Salud Mental, 13(4), 29-34.
- Gesell, A. El adolescente de 10 a 16 años. Argentina: Piados. 4ª edición.
- Gómez C, & Borges G. (1996). Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994 Salud Mental, 19(1), 45-55.
- González-Forteza C, Salgado, N. (1991). Estrés cotidiano y sintomatología depresiva en adolescentes mexicanos: Diferencias por género. Reporte Interno del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

- González-Forteza C, Andrade P. (1994). Estresores cotidianos, malestar depresivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 40(2), 156-163, Argentina.
- González-Forteza C, Jiménez A, Gómez C. (1995). Indicadores Psicosociales asociados con la ideación suicida en los adolescentes. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- González-Forteza C, Andrade P, (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. Salud Mental, 18(4), 41-48.
- González-Forteza C; Borges G, Gómez C, Jiménez A. (1996). Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. Salud Mental, 19(1).
- González-Forteza C, Andrade P, Jiménez A. (1997). Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 43(4), 319-326, Argentina.
- González-Forteza C, Mariño MC, Mondragón L, & Medina-Mora ME. (2000). Intento suicida y uso del tiempo libre en adolescentes mexicanos. Psicología conductual, 8(1), 147-152.
- González-Forteza C, García G, Medina-Mora ME, & Sánchez MA. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. Salud Mental, 21(3), 1-9.
- González-Forteza C, Mariño MC, Rojas E, Mondragón L, & Medina-Mora ME. (1998). Intento de Suicidio en estudiantes de la ciudad de Pachuca Hgo., su relación con el malestar depresivo y el uso de sustancias. Revista Mexicana de Psicología, 15(2), 165-175
- González-Forteza C, Berenson S, Tello AM, Facio D, Medina-Mora ME. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. Salud Pública de México, 40(5), 430-437.
- González-Forteza C, Mariño MC, Mondragon L, & Medina-Mora ME. (2000). Intento suicida y uso del tiempo libre en adolescentes mexicanos. Psicología conductual, 8(1), 147-152

- González-Forteza C, Ramos L, Mariño MC, Pérez E. (2001). Vidas en Riesgo: Conducta suicida en adolescentes. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Buenos Aires, Argentina. En prensa.
- Gutiérrez-Turrubiates P, Y Solís- Camara P. (1989). El suicidio en San Luis Potosí, 1975-1984. Un enfoque epidemiológico y psicosocial. Salud Mental, 12(4), 9-16.
- Gutiérrez J, Mercado J, Luna F. (1990). Factores de riesgo suicida. Un apoyo para el residente de psiquiatría. Psiquiatría, 1: 24-27
- Harrocks, J. (1986). Psicología de la adolescencia. México: Trillas.
- Híjar M, Rascón R, Blanco J, y López MV. (1996). Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). Salud Mental 19(4), 14-21.
- Jiménez A. (1997). Depresión, desesperanza e intento suicida. Psiquiatría, 13(2), 74-77.
- Jiménez A; Díaz Cevallos MA. (1995). Suciidio e Intento suicida. Aspectos epidemiológicos. Psiquis 4(5), 85-88.
- Jiménez J, Mondragón, L, y González-Forteza, C. (2000). Autoestima y Sintomatología Depresiva en la Ideación Suicida. La Psicología Social en México, (8), 185-191.G
- Juárez F, Medina-Mora ME, Villatoro J, Carreño S, López E, Galván J, y Rojas E. (1996). Antisocial Behavior its relation to some sociodemographic variables and alcohol and drug use among mexican students. Substance Use and Misuse, 33(7), 1437-1459.
- Ladame, F. (1987). Les Tentatives de Suicide des Adolescents. Paris: Masson.
- Landmark, J., Cernovsky, Z. Z. Y Merskey, H. (1987). "Correlates of Suicide attempts and Ideation in Schizophrenia". British Journal of Psychiatry, 151, 18-20.
- López E., Medina-Mora, ME, Villatoro, J, Carreño, S, Berenzon, S, Y Rojas E. (1995). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. Salud Mental, 18(4), 25-32.

- McKinney, J., Fitzgerald, H. Y Strommen, E. (1997). Psicología del Desarrollo. México: Manual Moderno.
- Marchiori, H. (1998). El suicidio: Enfoque criminológico. México, Porrúa.
- Mariño, MC., Medina-Mora, ME., Chaparro, JJ. y González, C. (1993). Confiabilidad y estructura factorial de CES-D en adolescentes mexicanos. Revista Mexicana de Psicología. 10, 2:141-145.
- Martínez, R. Y Corominas, N. (1991). "Suicidio y Toxicomanía"- Adicciones, 3, 4, 301-307.
- Medina-Mora, ME., Gómez-Mont, F. y Campillo, C. (1981). Validity and reliability of a high school drug use questionnaire among Mexican students. Bulletin on Narcotics, 33, 4:67-76.
- Medina-Mora ME. (1990). Estudio transversal sobre el consumo de drogas en la población estudiantil de enseñanza media y media superior del Distrito Federal y zona conurbana. Fase II. Proyecto de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1990.
- Miranda S. (2000). Suicidio e intento de suicidio en la población escolar y adolescente del Hospital Infantil de México de 1990-1999. Tesis de Especialidad en Pediatría Médica. UNAM.
- Morris, C. (1992). Psicología. Un nuevo enfoque. México: Prentice Hall.
- Munis, M; Santos, H; Klotiarenco, MA; Suárez, E; Infante, F; Grotberg, E. (1998). Manual de Identificación y Promoción de la Resiliencia en niños y adolescentes. OPS-OMS-Fundación W K Kellogg-Fundación sueca para el desarrollo internacional (ASDI).
- Muuss R. (1994). Teorías de la Adolescencia. México: Paidós.
- Narváez A, Rosovsky H, & López JL. (1991). Evaluación del consumo de alcohol en los intentos de suicidio: un estudio con pacientes atendidos en servicios de urgencias. Salud Mental, 14(3), 6-12.
- Nielssen B, Wang A; BilleBrahe U. (1990). Attempted suicide in Denmark. In: A fiveyear followup. Acta Psych Scand, 81: 250254.
- Papalia, D. Y Wendkos, S. (1992). Psicología del Desarrollo de la infancia a la adolescencia. México: McGraw Hill. 5ª edición.

- Pedreira, M. (1995). Las Conductas Suicidas en la Infancia y la Adolescencia. En J. Rodríguez (Ed.). Psicopatología del niño y del adolescente. (21-1535). España: Publicaciones de la Universidad de Manuales Universitarios.
- Powell, MC. (1975). La psicología de la adolescencia. México: Fondo de Cultura Económica.
- Roberts, E. (1980). "Reliability of the CES-D Scale in Different Ethnic Contexts". Psychiatry Research 2:125-134.
- Rodríguez, M. (1994). La vivencia grupal en la adolescencia. En A. Aguirre (Ed.). Psicología de la adolescencia. Colombia: AlfaOmega.
- Rojas, E. (1978). Estudios sobre el Suicidio. Salvat, Editores, S.A. Barcelona.
- Ros, M. S. (1998). La Conducta Suicida. Madrid, ARAN Ediciones.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princenton, NJ: Princenton university, Press.
- Rosenberg, M. (1973). La autoimagen del adolescente y la sociedad. Buenos Aires: Paidós.
- Saltijeral, T., Ramos, L. y Saldivar, G. (1994). Estrés frente al delito: diferencias por género en el miedo al crimen. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, 12, 75-98.
- Sarro, B., De la Cruz, C. (1991). Los suicidios. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Serie Salud 2000. Barcelona. Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Shafeer D. (1988) The epidemiology of teen suicide: And examination or risk factors. J Clin Psychiatry (Sept Suppl): 36-41
- Shneidman, E. S. (1973). "Suicide. Encyclopaedia Britannica, printing of the 14th Edition, Vol. 21, 383-385". (1981) Reeditado con permiso de Willia, Benton Publisher por Suicide and Life-Threatening Behavior, 11, 4, 198-220.
- Shneidman, E. S. (1976) "A Psychological Theory of Suicide". Psychiatric anals, 6, 11, 51-56. (1981) Reeditado con permiso de Insight Publishing company por Suicide and Life-Threatening Behavior, 11, 4, 221-231.

- Saucedá JM. (1998). El intento de suicidio en menores de edad. Rev.Med.IMSS, 37(2), 85-87.
- Sue D, Sue D, & Sue S. (1994). Comportamiento Anormal (4ª ed.). México: Mc Graw Hill.
- Terroba G, Heman C, Saltijeral M, y Martínez, P. (1986): El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos. Salud Mental, 9(1), 74-80.
- Terroba G, Heman C, Saltijeral M, y Martínez, P. (1986): Factores Clínicos y Sociales asociados con el parasuicidio y el suicidio consumado. Salud Pública de México, 28(1), 48-55.
- Terroba G, Saltijeral MT, & Del Corral R. (1987). El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida. Salud Mental, 10(4), 92-97.
- Terroba G, Saltijeral T, Gómez M. (1988). El suicidio y el intento de suicidio: Una perspectiva general de las investigaciones realizadas durante los últimos años. IV Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 310-315.
- Terroba G, Saltijeral T, Corral R. (1987). El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida. Salud Mental, 10, 4:92-97.
- Van Egmond, M. Y Dijkstra, R.F.W. (1989). "The Predictability of Suicidal Behavior: The results of a Meta-analysis of Published Studies". En R.F.W. Dijkstra, R. Maris, S. Platt, A. Schmitake y G. Sonneck (Eds.). Suicide and its Prevention. The Role of Attitude and Imitation, Leiden, New York: Brill.
- Villatoro, J., Andrade-Palos, P., Fleiz, C., Medina-Mora, ME., Reyes, I. (1997). La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar en adolescentes. Salud Mental, 20, 2:21-27.
- Villatoro, J., Medina-Mora, ME, Rojano, C., Fleiz, C. (2001). Consumo de sustancias y otros factores de los adolescentes de nivel medio y medio superior del DF. Encuesta Otoño del 2000. Salud Mental (En prensa).
- Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Cardiel, H., Villa, G., Alcántar, E., Vázquez, L., Fleiz, C., Navarro, C., Blanco, J., y Néquiz, G. (1999). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 1997. Reporte global de Escuelas Secundarias. SEP, IMP, México.

- Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Cardiel, H., Villa, G., Alcántar, E., Vázquez, L., Fleiz, C., Navarro, C., Blanco, J., y Néquiz, G. (1999). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 1997. Reporte global de Escuelas de Bachillerato. SEP, IMP, México.
- Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Cardiel, H., Villa, G., Alcántar, E., Vázquez, L., Fleiz, C., Navarro, C., Blanco, J., y Néquiz, G. (1999). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 1997. Reporte global de Escuelas de Bachillerato Técnico. SEP, IMP, México.
- Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Rojano, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, MI., Bermúdez, P., Castro, P y Blanco, J (2001). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 1997. Reporte global del Distrito Federal. SEP, IMP, México.
- Villardón, G. I. (1993). El pensamiento de suicidio en el adolescente. España: Instituto de Ciencias de la Educación.
- Stengel, E. (1965). Psicología del Suicidio y los Intentos Suicidas. Buenos Aires: Horne.

ANEXO 1 SECCIONES DEL INSTRUMENTO UTILIZADAS EN EL ESTUDIO.

Datos Sociodemográficos

1. Eres	Hombre 1 Mujer 2
2. ¿Qué edad tienes?	Años <input type="text"/> <input type="text"/>
3. ¿Cuál es el grado que estás cursando en la escuela? (si estás en preparatoria o bachillerato, indica el año que cursas)	Grado <input type="text"/>
4. La mayor parte del año pasado ¿fuiste estudiante?	No fui estudiante el año pasado ..1 Fui estudiante de medio tiempo ..2 Fui estudiante de tiempo completo
5. La mayor parte del año pasado ¿Trabajaste recibiendo sueldo?	No trabajé 1 Si trabajé medio tiempo (4 horas diarias) .. 2 Si trabajé tiempo completo (8 horas diarias) 3

6. ¿Tienes papá ? (o quién es la persona masculina que lo sustituye o hace las funciones de tu papá):
Tengo papá 1
Lo sustituye algún familiar 2
Otro: 3

7. ¿Tienes mamá? (o quién es la persona femenina que la sustituye, o hace las funciones de tu mamá):
Tengo mamá 1
La sustituye algún familiar 2
Otro: 3

8. ¿Quiénes viven en tu casa? (marca en la columna de Si con quienes vives. (marca una respuesta para cada inciso)

	Si	No
a) Papá / sustituto	1	2
b) Mamá / sustituta	1	2
c) Hermano(s)	1	2

	Si	No
d) Otro(s) Familiar(es)	1	2
e) Amigos	1	2
f) Otro(s):	1	2

Consumo de Drogas

Las preguntas de cada droga se dividen en prevalencias (total, último año y último mes) y en el número de veces que se ha consumido la droga. Con objeto de que el indicador de consumo esté medido por la frecuencia de consumo y por el número de drogas que ha consumido.

El número de drogas se obtendrá como el número de respuestas SI's a las preguntas iniciales (las correspondientes a la prevalencia total) de consumo de drogas.

En tanto, el número de veces que ha consumido se obtendrá del valor mayor que haya contestado a las preguntas de frecuencia de consumo (pregunta opción e) de cualquiera de las drogas.

1a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado anfetaminas u otros estimulantes, para perder o no subir de peso o dar energía como el Éxtasis o la Efedrina, etc. sin que un médico te lo recetara?	Si 1 No 2
1b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido anfetaminas u otros estimulantes sin que un médico te lo recetara?	Si 1 No 2 Nunca he usado anfetaminas 3
1c. En el último mes, ¿has consumido anfetaminas u otros estimulantes sin que un médico te lo recetara?	No 1 Si, de 1 a 5 días 2 Si, de 6 a 19 días 3 Si, 20 días ó más 4 Nunca he usado anfetaminas 5
1d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado anfetaminas u otros estimulantes, sin que un médico te lo recetara?	1-2 veces 1 3-5 veces 2 6-10 veces 3 11-49 veces 4 50 ó más veces 5 Nunca he usado anfetaminas 6

2a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado tranquilizantes para calmar los nervios o dormir como Librium, Valium, Diaepam, etc., sin que un médico te lo recetara?	Si 1 No 2
2b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido tranquilizantes sin que un médico te lo recetara?	Si 1 No 2 Nunca he usado tranquilizantes 3
2c. En el último mes, ¿has consumido tranquilizantes sin que un médico te lo recetara?	No 1 Si, de 1 a 5 días 2 Si, de 6 a 19 días 3 Si, 20 días ó más 4 Nunca he usado tranquilizantes 5
2d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado tranquilizantes , sin que un médico te lo recete?	1-2 veces 1 3-5 veces 2 6-10 veces 3 11-49 veces 4 50 ó más veces 5 Nunca he usado tranquilizantes ... 6

3*. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado mariguana, hashish?	Si 1 No 2
3b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido mariguana?	Si 1 No 2 Nunca he consumido mariguana .. 3
3c. En el último mes, ¿has consumido mariguana?	No 1 Si, de 1 a 5 días 2 Si, de 6 a 19 días 3 Si, 20 días ó más 4 Nunca he consumido mariguana ... 5
3d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado mariguana?	1-2 veces 1 3-5 veces 2 6-10 veces 3 11-49 veces 4 50 ó más veces 5 Nunca he consumido mariguana .. 6

4*. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado Cocaína?	Si 1 No 2
4b. En los últimos 12 meses, ¿has usado cocaína?	Si 1 No 2 Nunca he consumido cocaína 3
4c. En el último mes, ¿has usado cocaína?	No 1 Si, de 1 a 5 días 2 Si, de 6 a 19 días 3 Si, 20 días ó más 4 Nunca he consumido cocaína 5
4d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado cocaína?	1-2 veces 1 3-5 veces 2 6-10 veces 3 11-49 veces 4 50 ó más veces 5 Nunca he consumido cocaína 6

5*. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado alucinógenos como hongos, peyote, mezcalina, LSD, etc ?	Si 1 No 2
5b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido alucinógenos?	Si 1 No 2 Nunca he consumido alucinógenos 3

5c. En el último mes, ¿has consumido alucinógenos?	No	1
	Si, de 1 a 5 días	2
	Si, de 6 a 19 días	3
	Si, 20 días ó más	4
	Nunca he consumido alucinógenos	5
5d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado alucinógenos?	1-2 veces	1
	3-5 veces	2
	6-10 veces	3
	11-49 veces	4
	50 ó más veces	5
	Nunca he consumido alucinógenos	6

6a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado inhalables como thinner, activo, pegamento, pintura, cemento, etc. para elevarte?	Si	1
	No	2
6b. En los últimos 12 meses, ¿has usado inhalables para elevarte?	Si	1
	No	2
	Nunca he inhalado sustancias para elevarme.....	3
6c. En el último mes, ¿has usado inhalables para elevarte?	No	1
	Si, de 1 a 5 días	2
	Si, de 6 a 19 días	3
	Si, 20 días ó más	4
	Nunca he inhalado sustancias para elevarme	5
6d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado inhalables para elevarte?	1-2 veces	1
	3-5 veces	2
	6-10 veces	3
	11-49 veces	4
	50 ó más veces	5
	Nunca he inhalado sustancias para elevarme	6

7a. ¿Has usado alguna vez en tu vida sedantes (Rohypnol, ecuanil, mandrax) sin que un médico te lo recetara?	Si	1
	No	2
7b. En los últimos 12 meses, ¿has usado sedantes, sin que un médico te lo recetara?	Si	1
	No	2
	Nunca he usado sedantes	3

7c. En el último mes, ¿has usado sedantes, sin que un médico te lo recetara?	No 1
	Si, de 1 a 5 días 2
	Si, de 6 a 19 días 3
	Si, 20 días ó más 4
	Nunca he usado sedantes 5
7d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado sedantes, sin que un médico te lo recetara?	De 1 a 2 veces 1
	De 3 a 5 veces 2
	De 6 a 10 veces 3
	De 11 a 49 veces 4
	50 veces o más 5
	Nunca he usado sedantes 6

8a. ¿Has usado alguna vez en tu vida heroína (arpon)?	Si 1
	No 2
8b. En los últimos 12 meses, ¿has usado heroína?	Si 1
	No 2
	Nunca he usado heroína 3
8c. En el último mes, ¿has usado heroína?	No 1
	Si, de 1 a 5 días 2
	Si, de 6 a 19 días 3
	Si, 20 días ó más 4
	Nunca he usado heroína 5
8d. ¿Cuántas veces en tu vida has consumido heroína?	De 1 a 2 veces 1
	De 3 a 5 veces 2
	De 6 a 10 veces 3
	De 11 a 49 veces 4
	50 veces o más 5
	Nunca he usado heroína 6

Autoestima

Los 4 reactivos que se emplearon para medir la autoestima son:

- a) Siento que soy una persona que vale, al menos igual que las demás
- b) Siento que tengo buenas cualidades.
- d) Soy capaz de hacer las cosas tan bien como casi toda la gente.
- g) En general estoy satisfecho conmigo mismo.

15. Por favor indica qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con cada una de las siguientes oraciones. (Marca una opción por cada inciso)

	Total desacuerd o	En desacuerd o	De acuerdo	Total acuerdo
a) Siento que soy una persona que vale, al menos igual que los demás.	1	2	3	4
b) Siento que tengo buenas cualidades	1	2	3	4
c) En general me inclino a pensar que soy un fracasado	1	2	3	4
d) Soy capaz de hacer las cosas tan bien como casi toda la gente	1	2	3	4
e) Siento que no tengo mucho de que estar orgulloso	1	2	3	4
f) Tengo una actitud positiva hacia mi mismo	1	2	3	4
g) En general estoy más satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
h) Desearía tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
i) Ciertamente a veces me siento inútil	1	2	3	4
j) A veces pienso que soy un bueno para nada	1	2	3	4

Ambiente Familiar

Esta escala esta conformada por 5 áreas de evaluación del ambiente familiar. En primer lugar, está el área de hostilidad y rechazo con 6 reactivos (incisos a, d, g, i, l, m). El área de apoyo familiar con 6 reactivos (incisos k, n, p, e, f, h) y El área de comunicación con 6 reactivos (incisos b, j, o, c, ñ, q)

16. Ahora queremos hacerte algunas preguntas sobre la forma como te relacionas con tus papás. Por favor contesta cada una de las preguntas.

	Casi Nunca	A Veces	Con Frecuenci a	Con Mucha Frecuenci a
a) Mis problemas personales pasan desapercibidos para mis papás	1	2	3	4
b) Cuando algo personal me preocupa, se lo comento a mis papás	1	2	3	4
c) Mis papás me platican sus problemas más importantes	1	2	3	4
d) Mis papás me rechazan	1	2	3	4
e) Si hay una emergencia familiar, mis papás cuentan conmigo	1	2	3	4
f) Si mis papás tienen problemas procuro ayudarlos	1	2	3	4
g) A mis papás les es indiferente la convivencia familiar	1	2	3	4
h) Trato de apoyar a mis papás cuando tienen problemas	1	2	3	4
i) Mis papás me ignoran cuando necesito que me escuchen	1	2	3	4
j) Me agrada hablar con mis papás de mis problemas personales	1	2	3	4
k) Mis papás me motivan a salir adelante cuando tengo problemas	1	2	3	4

l) Mis papás piensan que sólo les doy problemas	1	2	3	4
m) En situaciones difíciles no cuento con mis papás	1	2	3	4
n) Mis papás me apoyan en lo que emprendo	1	2	3	4
ñ) Mis papás me comunican las decisiones importantes	1	2	3	4
o) Platico con mis papás mis problemas personales	1	2	3	4
p) Siento que soy importante para mis papás	1	2	3	4
q) Mis papás me comunican sus planes	1	2	3	4

Ideación Suicida

Número de Días

Durante la Semana Pasada:	0	1-2	3-4	5-7
a) No podía "seguir adelante"	1	2	3	4
b) Tenía pensamientos sobre la muerte	1	2	3	4
c) Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)	1	2	3	4
d) Pensé en matarme	1	2	3	4

Intento de Suicidio

59. ¿Alguna vez, a propósito te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño, con el fin de quitarte la vida?	Nunca lo he hecho 1 Lo hice 1 vez 2 Lo hice 2 ó más veces 3
60. ¿Qué edad tenías la única o la última vez que te hiciste daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?	Años <input type="text"/> Nunca lo he hecho 00
61. Cuando te hiciste daño con el fin de quitarte la vida	No querías morir 1 No te importaba si vivías o morías 2 Deseabas morir 3 Nunca lo he hecho 00
62. Esa única o última vez que te hiciste daño con el fin de quitarte la vida, ¿qué te motivó a hacerlo? Anota tu respuesta en las líneas <input type="text"/> Nunca lo he hecho 00
63. ¿Cómo lo hiciste? Anota tu respuesta en las líneas. <input type="text"/> Nunca lo he hecho 00