



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A
LA IDEACION SUICIDA EN ADOLESCENTES***

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
SANDRA LETICIA ACOSTA LOYA

DIRECTORA DE LA TESINA:
MTRA: GUADALUPE BEATRIZ SANTAELLA HIDALGO



FACULTAD
DE PSICOLOGÍA

México, D.F.

Abril, 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Para
mi padre

“El suicidio lejos de ser la negación de la voluntad es, en cambio, un acto de fuerte afirmación de la voluntad misma” porque “el suicida quiere la vida y sólo está descontento por las condiciones que le han tocado”.

Schopenhauer

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES

ÍNDICE

	Páginas
Resumen	
Introducción	1
Capítulo 1. ADOLESCENCIA	4
1.1. Definiciones.	4
1.2. Características generales (físicas, psicológicas y sexuales).	7
1.3. Teorías sobre la adolescencia: psicoanalítica, sociopsicológica y ecológica.	20
Capítulo 2. SUICIDIO	31
2.1. Definiciones: suicidio consumado, intento e ideación suicida.	31
2.2. Aproximaciones teóricas: psiquiátrica, sociológica, psicoanalítica, psicología del estrés, perspectiva ecológica.	36
Capítulo 3. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN	45
3.1. Factores de riesgo.	45
3.2. Factores de protección y resiliencia.	56
.	
Capítulo 4. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN RELACIONADOS CON LA IDEACIÓN SUICIDA.	63
4.1. Factores sociodemográficos.	63
4.2. Factores individuales.	69
4.3. Factores familiares.	82
4.4. Factores sociales.	87
4.5. Cuadros de factores de riesgo y de resiliencia.	90
Conclusiones	95
Referencias	

RESUMEN

El presente trabajo consiste en una revisión y un compendio de los principales factores, tanto de riesgo como de resiliencia, que intervienen en el contexto de los adolescentes que presentan ideación suicida. Se presenta un panorama de diversas investigaciones (nacionales e internacionales), que se han realizado en los últimos años. Lo que permitió hacer un compendio, a manera de cuadros, que nos ayuda a tener a la mano los principales indicadores de vulnerabilidad y protección asociados a este fenómeno. Así, se concluye que el entendimiento de la manera en que se relacionan ambos, nos servirá de base para la elaboración de programas de intervención más sólidos y efectivos.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA IDEACION SUICIDA EN ADOLESCENTES

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno que si bien ha existido a la par de la humanidad y se ha presentado en muchas sociedades, ha tenido significados diferentes. En los últimos tiempos se ha convertido en una “alternativa” elegida por los adolescentes, cada vez con mayor frecuencia, para terminar con el dolor emocional, la angustia, la frustración y el desencanto al que se enfrentan día a día. No es fácil analizar la problemática suicida porque se expresa mediante diversas conductas; la ideación suicida es una de ellas y está asociada con el intento suicida y/o el suicidio consumado.

Los estudios para tratar de entender el comportamiento suicida han permitido llegar a un consenso: no hay causas únicas –ni sociales ni individuales-, que permitan dar una explicación definitiva a este fenómeno. Por el contrario, intervienen diversas predisposiciones y factores de riesgo que se combinan y se desarrollan antes de que se desborde este tipo de conducta (Villardón, 1993).

Muchos de los factores de riesgo han estado presentes en otras épocas y sociedades, sin embargo, algo alarmante ocurre en nuestro mundo actual, ya que, a pesar de contar con mayores estándares de salud y longevidad, son los propios jóvenes quienes piensan y, en el peor de los casos, consiguen terminar con su vida intencionadamente.

Las cifras de las conductas suicidas están subregistradas ya que muchas veces se clasifican imprecisamente como muertes accidentales o simplemente no se registran, tal es el caso de los intentos fallidos y ni que decir del pensamiento suicida. Aún así, no hay duda al observar la creciente tasa de suicidios, especialmente entre la población adolescente y adulta joven.

La OPS/OMS señala que el suicidio es una de las tres principales causas de mortalidad en todos los países del mundo entre personas de 15 a 34 años de edad (ambos sexos). Sin considerar los intentos de suicidio — cuya intensidad va desde leve hasta muy severa — que, según sus estimaciones se presentan con una frecuencia de 20 veces por cada suicidio consumado.

En México, las cifras de suicidio se han duplicado, por lo menos, en los últimos 30 años. La tasa de mortalidad por suicidio en el grupo de 15 a 19 años aumentó del 1.49% en 1970 a 3.40 en el 2000. La de 20 a 24 años fue de 2.38 a 5.29 en los mismos años. Durante el año 2000 se registraron 2736 casos de suicidio de los cuales la mitad fueron cometidos por personas menores de 30 años, 39.3% hombres y 8.7% mujeres. En cuanto al intento suicida, la proporción se invierte y el registro indica que las mujeres lo intentan en un 56.2% y los hombres en 43.8%. La mitad de las personas que intentan el suicidio tienen menos de 24 años y uno de cada 5 son adolescentes entre 15 y 19 años.

Es indudable que nos encontramos ante un serio problema de salud pública acerca del cual es preciso reflexionar, pues si bien el deseo de autoaniquilarse puede explicarse, en parte, como un aspecto normal del desarrollo de los adolescentes (Marchenko, Fishman y Friedman, 1999), es un indicador de dolor emocional y angustia que además tiene importantes consecuencias entre los familiares y todas aquellas personas que rodean a quien presenta conductas suicidas, pues finalmente cuestiona al sistema familiar y social en que vivimos.

Se ha reconocido a la ideación suicida como uno de los mejores predictores de futuros intentos suicidas u otro tipo de comportamientos autodestructivos, por lo que se considera pertinente y relevante realizar estudios que contribuyan al análisis de las características psicológicas y factores externos que provocan que los adolescentes piensen en el suicidio como única vía para terminar con un malestar intolerable. También es de suma importancia hacer una detección temprana como un paso para prevenir que una idea se convierta en un verdadero acto de autodestrucción, y no sólo eso, también hay que tomar en

cuenta que las ideas suicida persistentes son un riesgo en sí mismas y pueden ser indicios de posteriores trastornos en el funcionamiento conductual y emocional adulto (Steinhausen y Winkler, 2004).

La presente investigación tiene el propósito de identificar los factores de riesgo y protección que permitan proporcionar elementos para el diseño y la construcción de instrumentos de tamizaje más refinados para la detección temprana de adolescentes en riesgo. Una revisión constante de las investigaciones precedentes servirá como base para la planeación de programas para la prevención continua y nuevas estrategias que permitan sensibilizar a los padres, maestros y a la comunidad en general, acerca de las necesidades de los adolescentes y de la poca calidad de la atención que se les brinda en áreas como: salud, escuela, familia y trabajo.

CAPÍTULO 1

ADOLESCENCIA

1.1. DEFINICIONES DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es una experiencia que, a pesar de su componente biológico, no es universal, varía de una cultura a otra – también se reconocen diferencias entre los distintos grupos de una misma cultura –. Tampoco es estática, sus delimitaciones y denotaciones se transforman a la luz de los cambios históricos.

La adolescencia es una construcción social, histórica, cultural y relacional de las sociedades contemporáneas. (Dávila, 2004). Aunque no de todas las sociedades actuales, es una invención propia de Occidente y surgió a principios del siglo XX.

Antes de esta época, los niños se convertían en adultos cuando maduraban físicamente o cuando empezaban como aprendices de algún oficio (Papalia, 2005). El tránsito de la niñez a la adolescencia era rápido, definido y los jóvenes se independizaban a edades muy tempranas. Es a raíz del crecimiento del comercio y la industria que se empezó a invertir la tendencia y a considerar a la adolescencia como un estado definido de la vida.

Stanley Hall fue de los pioneros en los estudios sobre esta etapa del desarrollo, publicó su tratado sobre la adolescencia en 1904; en éste sostuvo que el desarrollo psicológico está determinado por factores fisiológicos genéticamente determinados, inmutables e insensibles a la influencia del entorno (Kimmel y Weiner, 1998). Hall (citado Delval, 1998) definió a la adolescencia como:

Una edad especialmente dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el joven se encuentra dividido entre tendencias opuestas.

Además, la adolescencia supone un corte profundo con la infancia, es como un nuevo nacimiento en el que el joven adquiere los caracteres humanos más elevados” (pág. 545).

Algunos años más tarde (1928), la antropóloga Margaret Mead realizó investigaciones sobre mujeres y muchachas jóvenes en Samoa. Ella encontró que el paso de la infancia a la edad adulta era una época de calma porque se trataba de un cambio gradual, un desarrollo continuo, que no conllevaba un cambio de rol dramático. La distinción entre una mujer y una niña, esencialmente, estaba en función de los cambios corporales, no había otras diferencias importantes (Rice, 1999). La evidencia recabada por Mead cuestionó la noción de la adolescencia como una etapa conflictiva y estresante, tal como ha sido concebida desde Hall, y más aún, puso en duda la existencia de esta etapa.

Algunos investigadores interpretan la falta de los comportamientos adolescentes característicos como una diferencia, más que una ausencia real, en la expresión de los rasgos comunes y representativos de este periodo de desarrollo, ya que consideran se trata de aspectos universales (Morales, s. f.).

La definición de la adolescencia es ambigua y problemática. No hay un consenso respecto a la edad en que una persona deja de ser un niño o un adolescente y se convierte en adulto, pues los cambios varían de un individuo a otro. La definición en gran medida dependerá de la aproximación teórica desde la cual se aborde. Cada perspectiva enfatiza algunos factores sobre otros: transformaciones física y biológicas, intelectuales y cognitivas, de identidad y personalidad, sociales y culturales o morales y valóricas (Delval, 1998).

Aunque en términos generales y como su etimología lo sugiere —el término proviene del latín “*adolecere*”, que significa crecer hacia la adultez— todas las definiciones conciben a la adolescencia como el periodo de la vida en que el niño deviene adulto.

Para Papalia (2005) la adolescencia es considerada como una etapa del desarrollo vital que marca la transición entre la niñez y la edad adulta y que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales.

Los cambios más evidentes son los corporales. Sin embargo, otros atributos menos definidos como los modos de pensamiento, las conductas y las relaciones sociales también se alteran definitivamente durante este periodo (Florezano, 1998).

Ballesteros (1984) refiere a la adolescencia como un estado trascendente en la vida de todo ser humano, ya que es una etapa en la cual hombres y mujeres definen su identidad afectiva, psicológica y social. Puede considerarse dentro del periodo de evolución que lleva al ser humano desde el nacimiento hasta la madurez y en el cual se presenta una serie de cambios a nivel físico, psicológico y social que se manifiestan con diferente intensidad en cada persona (Cárdenas, 2004).

Knobel define a la adolescencia como:

La etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que es posible si se hace el duelo por la identidad infantil” (pág. 40).

La adolescencia es la condición o el proceso de crecimiento aplicado al periodo de la vida comprendida entre la pubertad y el desarrollo completo del cuerpo, cuyos límites se fijan por lo general, entre los 13 y los 23 años en el hombre, pudiendo extenderse hasta los 27 años (Aberastury, 2001).

“La adolescencia es un periodo de maduración en el cual cada individuo tiene que elaborar las exigencias de las experiencias de su vida total para llegar a un

yo estable y a una organización del impulso” (Blos, 1971, pág. 26). Es una reestructuración psíquica.

Schopen (citado en Carneiro 1960), la define como la lucha entre el niño y el hombre, como el esfuerzo del individuo para formarse automáticamente y comprender plenamente el sentido de la propia existencia.

Algunos autores (Carneiro, 1960; Dávila, 2004), coinciden al mencionar que durante esta fase se alcanzan las modificaciones orgánicas que llevan al final del crecimiento y a la madurez reproductiva.

1.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ADOLESCENCIA

DESARROLLO FÍSICO

El principio de la adolescencia está marcado por cambios biológicos y morfológicos que poco a poco van transformando a niños y niñas en personas física y sexualmente maduras. A este proceso por el que cual una persona alcanza la madurez sexual —capacidad para satisfacer el deseo sexual y procrear— y desarrolla las características de su género —masculino o femenino— , como la estructura física, los genitales o el vello corporal, se le conoce como pubertad (Kimmel y Weiner, 1998).

La adolescencia y la pubertad son dos términos estrechamente vinculados, pero de ninguna manera pueden considerarse sinónimos. Si bien la pubertad es el marcador del inicio de la adolescencia, acaba mucho antes que ésta. Mientras que la pubertad se refiere a las transformaciones biológicas y morfológicas, la adolescencia hace referencia a los cambios psicosociales y cognitivos durante esta etapa (Papalia, 2005).

Es muy importante hacer una revisión de cómo cambia el cuerpo del adolescente porque los cambios fisiológicos tienen grandes repercusiones en la conducta sexual, la vida social (relaciones con los amigos y la familia), el

desarrollo del yo (autoimagen, identidad sexual, gustos y preferencias), la escala de valores y la elección profesional (Horrocks, 2001; Marti y Onrubia, 1997). Conocer las transformaciones físicas de los adolescentes nos permite una mayor claridad en el entendimiento de las repercusiones psicológicas de los mismos.

Shaffer (2000) considera que son dos los cambios significativos en el desarrollo físico: el crecimiento acelerado y la pubertad. Al primero se le conoce como el estirón del adolescente, se caracteriza por un aumento muy rápido —el más rápido desde la infancia temprana— en el peso y la estatura, se da justo antes de la pubertad —los factores que estimulan el crecimiento aparecen 3 ó 4 años antes que los caracteres sexuales secundarios—. El estirón de las chicas ocurre primero que el de los muchachos, inicia a los 10 y medio años en promedio, con un crecimiento máximo a los 12 años. En los niños comienza alrededor de los 13, alcanzando su máximo a los 14 años. Es por eso que las niñas entre los 11 y 13 años son más altas, pesadas y fuertes que los chicos de la misma edad, aunque después de su estirón, los chicos vuelven a ganar ventaja en cuanto a su tamaño. Papalia (2005) menciona que el estirón adolescente afecta prácticamente todas las dimensiones esqueléticas y musculares.

Las diferentes partes del cuerpo no crecen de manera sincrónica, las extremidades que se ubican más en la periferia con respecto al tronco (manos y pies, por ejemplo) pueden crecer y alcanzar su velocidad máxima más pronto, lo cual provoca desproporciones temporales que pueden ser causa de de preocupación y malestar en el adolescente (Grinder, 1992).

La pubertad también se caracteriza por un aumento de peso, pues en esta etapa se gana el 50% del peso corporal adulto (Santrock, 2003).

Otros fenómenos asociados al estirón, son el aumento del tamaño y peso del corazón (el peso del corazón se duplica durante la pubertad), un crecimiento acelerado de los pulmones y una disminución del metabolismo basal. También

se produce un marcado aumento de la fuerza física, especialmente en los chicos (Coleman, 1985).

Es importante señalar que existe una gran variación individual e intergrupal en cuanto a la edad de comienzo y la duración del estirón. A parte del factor genético, los hábitos de vida (calidad y equilibrio de la nutrición, horas de sueño, ejercicio, etcétera) también influyen en el crecimiento. No obstante, los cambios, en general, sí llevan una secuencia previsible (Coleman, 1985).

Paralelamente a los cambios de tamaño y forma general del cuerpo surgen una serie de cambios ligados a la maduración sexual. Los órganos sexuales primarios (aquéllos directamente relacionados con la reproducción) se agrandan y maduran durante la adolescencia.

Los órganos sexuales femeninos internos son los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y la vagina; los externos se conocen como vulva. La vagina crece y sus mucosas se hacen más gruesas, elásticas y toman un color más intenso; sus paredes adquieren una reacción ácida. El útero aumenta su tamaño al doble. Los ovarios también aumentan su tamaño y su peso, además de dar inicio a la producción de óvulos maduros, consecuencia del incremento de la secreción de estrógenos y de progesterona (Rice, 2000).

La menarquía (primera menstruación) aparece durante esta etapa. Al contrario de la idea popular, la presencia de la regla no es signo del inicio de la pubertad, más bien es un indicador de madurez sexual porque llega en una etapa avanzada de la secuencia del desarrollo de las chicas—cuando ya se ha alcanzado el límite en peso y altura—. Sin embargo, en algunas adolescentes, los primeros ciclos menstruales pueden ocurrir sin ovulación. El momento “normal” de la menarquía varía ampliamente, ocurre entre los 10 y los 16 y medio años, aunque, debido a la mejor nutrición y cuidado de la salud, las chicas empiezan su ciclo menstrual a edades más tempranas (Martí y Onrubia, 1997).

Los órganos sexuales masculinos son los testículos, el pene, el escroto, las vesículas seminales y la próstata. Los testículos y el escroto (bolsa que contiene a los testículos) sufren un rápido crecimiento de los 11 y medio años hasta los 13 y medio años, en promedio. El pene duplica su longitud y su diámetro. El cambio más importante en los testículos es el incremento de la producción de testosterona y, en consecuencia, de esperma maduro (Rice, 2000). La primera eyaculación se conoce como espermarquia y suele ocurrir durante la masturbación o la polución nocturna — sueño húmedo—, que es una eyaculación involuntaria algunas veces asociada con un sueño erótico (Papalia, 2005).

De acuerdo con Papalia (2005), las características sexuales secundarias son signos fisiológicos de maduración sexual que no involucran a los órganos sexuales, pero que sí señalan claramente la diferencia entre chicos y chicas. Entre estas características podemos citar: la aparición de vello corporal, el crecimiento de los senos, los cambios de voz, etcétera.

En las jóvenes, uno de los cambios más notables es el desarrollo de los senos. Los pezones se pigmentan y agrandan, la aureola (área coloreada que rodea a los pezones) se amplía y los pechos toman una forma cónica que luego, con el desarrollo del tejido de la glándula mamaria, adquiere una forma redondeada (Papalia, 2005). Siguiendo a Rice (2000), las caderas se hacen más amplias y redondeadas como resultado del ensanchamiento de la pelvis y aumento de las capas de grasa bajo la piel; el aumento de los depósitos de grasa es lo que da a las chicas una apariencia más redondeada y menos angulosa que la de los muchachos. Los cambios en el contorno corporal aparecen simultáneamente al crecimiento del pecho. Brota el vello púbico, al principio liso y sedoso, pero con el tiempo áspero, oscuro y rizado. Luego aparecen el vello facial, el axilar y por último el corporal.

Los varones experimentan un ensanchamiento de los hombros y del pecho, y otros cambios en el contorno del cuerpo. Su voz se hace más profunda a consecuencia del desarrollo de la laringe, la longitud de las cuerdas vocales y la producción de hormonas masculinas. Al igual que las adolescentes, también

presentan vello púbico, que gradualmente se vuelve profuso y rizado, y, a diferencia de ellas, tienen vello en la cara (barba) y el pecho.

Kimmel y Weiner (1998) proponen el siguiente orden en la secuencia del desarrollo: en las chicas, primero se produce el aumento de altura, seguido del desarrollo de los pechos y del vello púbico; la menarquía ocurre más tarde. En los chicos, el primer cambio es el crecimiento de los testículos, le sigue la aparición de vello púbico y más adelante el aumento del tamaño del pene, que coincide con el aumento de altura.

Todos los cambios morfológicos y sexuales antes descritos son consecuencia de un complejo entramado de regulaciones entre el sistema nervioso (principalmente el hipotálamo), el sistema endócrino (hipófisis, tiroides, glándulas suprarrenales y gónadas -ovarios y testículos-) y las hormonas sexuales y de crecimiento secretadas por estos órganos (Marti y Onrubia, 1997, pág. 36).

EFFECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS CAMBIOS FÍSICOS

La imagen corporal es un aspecto central en la construcción de la identidad. La metamorfosis puberal viene a trastocar la imagen que el adolescente tiene de sí mismo. Según Coleman (1985), el principal efecto producto de los intensos cambios corporales, se deja ver en la identidad. En un estudio realizado por Simmons y Rosenberg (1975, citados en Coleman, 1985), se encontró que en la adolescencia temprana los muchachos se autodescriben basándose fundamentalmente en las características físicas. No es hasta estadios más avanzados que los adolescentes empiezan a incorporar los aspectos intelectuales o sociales de su personalidad. “Precisamente en el momento en el que se produce el cambio físico más rápido es cuando el aspecto exterior es de fundamental importancia para el individuo, tanto respecto a su autoestima, como a su atractivo social” (Coleman, 1985, pág. 36).

El adolescente vive estos cambios con asombro e incluso pueden llegar a ser fuente de perturbación, al producirle sentimientos de desajuste en relación a su propio cuerpo. La asimilación de los cambios drásticos, fuera de control, requiere de una revisión que le ayude a acortar distancia entre la realidad física y su concepto del yo físico (Horrocks, 2001). Así, Fuentes (1989), menciona que la maduración biológica del adolescente necesita acompañarse por una similar maduración del yo. Esta última más prolongada, sin duda, pero que lo lleva a la conformación de una nueva personalidad y a la internalización de todo el conjunto de reglas, costumbres, prácticas y ritos diversos que la organización social establece para su nuevo rol.

El proceso de integración y aceptación del cuerpo es diferente para los muchachos que para las chicas (Marti y Onrubia, 1997); según Santrock (2004), las jóvenes, a lo largo de toda la pubertad, tienen una imagen corporal más negativa y se sienten menos satisfechas con su cuerpo. Lo anterior se extrema por las influencias de los medios de comunicación, los familiares y los amigos con respecto al ideal de belleza. No cumplir con los modelos genera autoevaluaciones negativas aunque el desarrollo físico sea normal (Marti y Onrubia, 1997).

El momento en que se llega a la pubertad tiene consecuencias psicológicas y sociales en los adolescentes, aunque hay un impacto diferencial entre sexos. Marti y Onrubia (1997) mencionan que los chicos que maduran precozmente, en general, suelen estar más satisfechos con sus cuerpos, pues se perciben como más fuertes y musculosos en relación a sus compañeros que todavía no se han desarrollado. Coleman (1985) refiere que esta percepción es compartida por algunos adultos que conciben a los muchachos que presentan cambios más tardíos como menos atractivos, más inmaduros socialmente y más inquietos, charlatanes y autoritarios.

En la adolescencia temprana, las chicas asocian la maduración temprana a una desventaja social. Tienden a verse más obesas y a tener peores imágenes corporales que sus compañeras que se desarrollan a una edad promedio (Florenzano, 1998).

“El madurar asincrónicamente de los propios iguales parece ser un factor de riesgo para un desarrollo emocional equilibrado” (Florenzano, 1998, pág. 33).

Finalmente, los efectos psicológicos del momento de aparición de la pubertad dependen de la manera en que el adolescente y las personas que lo rodean los interpreten, por lo que su percepción estará fuertemente influida por factores culturales y educativos.

EL PENSAMIENTO DEL ADOLESCENTE

Esta etapa trae consigo una importante transformación en el modo de pensar de los adolescentes, quienes adquieren capacidades cognitivas —antes desconocidas— y que ahora les toca ensayar para, con el paso del tiempo, tomar conciencia del sinfín de posibilidades que hay en ellos y en el mundo. Baker (1982, citado en Rice 2000), menciona que “el adolescente es una persona que se entrega a las posibilidades... que comienza a construir ‘sistemas’ o ‘teorías’ en el más amplio sentido del término” (pág. 137).

Como indica Santrock (2003), Piaget concibió a los adolescentes como participantes activos en la construcción de su mundo, al ser ellos mismos los encargados de ordenar su experiencia. Dicha organización parte de la separación de las ideas importantes de las menos importantes y las relaciones que guardan entre sí.

Piaget propuso una secuencia progresiva de desarrollo cognitivo dividida en cuatro etapas fundamentales: sensoriomotora, preoperacional, de las operaciones concretas y de las operaciones formales. Consideró que los periodos tienen un orden inalterable y no se pueden omitir.

El estadio *sensoriomotor* va desde el nacimiento hasta los 2 años, en esta etapa los bebés entienden el mundo a través de sus experiencias sensoriales y con acciones físicas o motoras, de allí su nombre. La segunda etapa, la *preoperacional*, se caracteriza porque los niños comienzan a representar el

mundo con palabras, imágenes y dibujos; va de los 2 a los 7 años aproximadamente. En el estadio de las *operaciones concretas*, el pensamiento intuitivo es sustituido por el razonamiento lógico —siempre y cuando se trate de situaciones específicas—, se realizan operaciones para invertir mentalmente la acción, se adquiere la capacidad de ordenar objetos en clasificaciones jerárquicas y razonar sobre sus interrelaciones; se extiende de los 7 a los 11 años aproximadamente.

La etapa de las *operaciones formales* representa el desarrollo cognoscitivo más elevado, y es la adolescencia la que marca la transición del pensamiento concreto al formal. Inicialmente, Piaget distinguió su comienzo y consolidación a partir de los 11 ó 12 años, aunque más tarde concluyó que su dominio sólo se alcanza entre los 15 y los 20 años (Santrock, 2003).

“Para ser formal, según Piaget, hay que separar el proceso de deducción de la realidad y llevarlo al mundo de lo posible, al mundo de la hipótesis” (García y Martí, 1997, pág. 48).

Las características distintivas de esta etapa son que el pensamiento se vuelve más abstracto, racional y flexible. El adolescente ya no sólo tiene que conformarse con pensar las cosas tal y como son, ahora puede pensar en objetos no presentes o hechos que nunca han ocurrido, hacer conjeturas sobre situaciones imaginarias, hipotéticas y razonar sobre ellas (Santrock, 2003). Los adolescentes pueden partir de lo posible y llegar a la realidad como una parte específica, como una más de las posibilidades; es decir, ya no conciben la realidad concreta como la única viable (García y Martí, 1997). El pensamiento formal no se limita al aquí y ahora, da cabida al tiempo histórico y al espacio extraterrestre; además del uso de símbolos para símbolos y en consecuencia, la aptitud para manejar símbolos algebraicos y el habla metafórica (Papalia, 2005). Esta habilidad simbólica hace que el pensamiento se vuelva mucho más flexible, pues el lenguaje adquiere múltiples significados (Rice, 2000).

La capacidad de distinguir entre lo real y lo posible los lleva a poner en entredicho la realidad y cuestionar, con gran entusiasmo, los asuntos políticos,

las creencias religiosas, los temas morales y las relaciones personales (Kimmel y Weiner, 1998). Es esta capacidad especulativa acerca de las situaciones posibles, la que los lleva a dar gran importancia a las características ideales de sí mismos —yo ideal—, de los demás y del mundo.

Entre las nuevas destrezas se incluye la tendencia a pensar sobre el pensamiento mismo (introspección). Los adolescentes se caracterizan por reflexionar acerca de su propio ser. Los pensamientos sobre sus ideas y sentimientos devienen en una toma de conciencia de sí mismos —elemento indispensable en la formación de los autoconceptos y las identidades—. Es por eso que se sienten atraídos por las discusiones prolongadas y profundas, la poesía, los diarios, y con frecuencia guardan algún tiempo de soledad para pensar sobre sí mismos (Kimmel y Weiner, 1998). También se interesan por examinar el punto de vista de los demás en relación al suyo (García y Martí, 1997).

La frecuente intranquilidad por la opinión que los demás tienen de ellos, es una muestra del egocentrismo adolescente. Según Florenzano (1998), esta preocupación se manifiesta principalmente de dos maneras: que el individuo presume que sus inclinaciones, valores y creencias personales son compartidas por todos los demás, y la sensación de ser único, que lo puede orillar al aislamiento y al sentimiento de incompreensión.

A diferencia de los niños, los adolescentes tienen la oportunidad de pensar los hechos anticipadamente. A través de la planificación, los adolescentes pueden desarrollar estrategias antes de realizar alguna tarea; esto significa que pueden pensar en todos los pasos y estudiarlos a fondo, de manera secuencial y abstracta, antes de llevar a cabo la actividad. Esta nueva habilidad, les permite prever las consecuencias de sus actos, pensar en el futuro. Por ejemplo: el uso de anticonceptivos como método para prever el posible embarazo producto de la relación sexual (Kimmel y Weiner, 1998).

La posibilidad de contemplar el futuro es una condición que quebranta el egocentrismo altamente acentuado en este periodo. Al tratar de verse como

adultos, los adolescentes comienzan a ocuparse de su porvenir y a trazar un plan de vida que los lleve a conseguir logros a largo plazo en vez de gratificaciones inmediatas; lo anterior implica un proceso de descentramiento del yo (Rice, 2000).

Otro cambio importante es la aparición del razonamiento hipotético- deductivo. Éste se define por el diseño de planes para resolver problemas y la formulación de hipótesis o soluciones tentativas para estos. Es un tipo de pensamiento experimental, similar al que requiere la actividad científica, pues emplea las hipótesis para probar o refutar nuevas ideas en comparación con la realidad. El razonamiento científico tiene que ver con la capacidad para relacionar teorías y hechos (Santrock, 2003).

Hay que señalar que las operaciones formales del conocimiento no parecen caracterizar a todos los adolescentes. Según Santrock (2003), se ha encontrado que algunos individuos ya presentan pensamiento formal durante la adolescencia temprana mientras que otros no, pues apenas están consolidando su pensamiento concreto. Además de que no hay un cambio tajante, es decir, se puede pensar de manera formal sólo en algunos aspectos, por ejemplo: se puede resolver un problema algebraico de manera formal, pero no se puede hacerlo al tratar de resolver un problema interpersonal. Papalia (2005) puntualiza que, aunque no se pone en duda la secuencia del desarrollo descrita por Piaget, sí es cuestionable su planteamiento de etapas del desarrollo bien definidas, pues nunca prestó la debida atención a las variaciones individuales y a las influencias socioculturales.

Kimmel y Weiner (1998) consideran que el hecho de que no todos los adolescentes, ni siquiera muchos adultos, consigan el nivel de las operaciones formales, se debe a que muchas veces las operaciones concretas pueden proporcionarles todos los elementos que necesitan para resolver sus problemas, es decir, su entorno no les exige la utilización de pensamientos abstractos.

Otra teoría que intenta explicar el pensamiento adolescente es la del procesamiento de la información. Santrock (2003) señala que ésta teoría se centra en tratar de esclarecer cómo es que entra la información en la mente del adolescente, cómo se almacena y cómo se recupera para resolver problemas. Siguiendo a García y Martí (1997), las capacidades para procesar la información son limitadas, igual que ocurre con las computadoras. Entre más joven es una persona, mayores son los problemas que enfrenta para manipular la información porque su capacidad de memoria y atención son insuficientes, además de que no está en condiciones de desarrollar estrategias adecuadas para optimizar sus habilidades. Los niños no pueden adquirir ciertos conceptos ni resolver problemas complejos. La transición a la edad adulta ocasiona diversos cambios en las capacidades cognitivas de los adolescentes.

Los estudios realizados por Case (citado en Santrock, 2004), sugieren que la automatización —capacidad de procesar información con poco o nulo esfuerzo— les permite a los adolescentes tomar en consideración, simultáneamente, distintas dimensiones de un mismo problema. También se vuelven capaces de descubrir nuevos procesos para manejar la información, lo cual consiguen cuando construyen estrategias a partir de sus conocimientos previos, las cuales se tornan útiles cuando es posible generalizarlas a otros problemas similares y adaptar sus respuestas a situaciones de aprendizaje novedosas.

De acuerdo con Kimmel y Weiner (1998), durante esta fase tiene lugar una mejora en la atención selectiva, así, el individuo centra su energía en los aspectos perceptuales más destacados de los estímulos e ignora los que son poco relevantes para la solución de un problema.

EL PENSAMIENTO MORAL

El vasto panorama que se abre ante la mirada del adolescente le permite tener una comprensión mucho más profunda, pero también más relativa, de su entorno social. Su flexibilidad y competencia para pensar la posibilidad lo

llevan a cuestionar aspectos ideológicos de la vida social y a replantearse, mediante el razonamiento moral, tanto sus conductas como las de los demás.

Piaget consideraba que la estructura lógica de la etapa formal no sólo era aplicable a la experimentación científica, sino que también se utilizaba en la vida social y el razonamiento moral. Propuso que los procesos de pensamiento empleados en el razonamiento moral eran el resultado de la relación entre el desarrollo cognitivo y las relaciones interpersonales (García y Martí, 1997).

Lawrence Kohlberg propuso una teoría del desarrollo moral, que en buena medida complementa los estudios cognitivos de Piaget. El modelo de Kohlberg identifica tres niveles de razonamiento moral, cada uno dividido en dos etapas, por los que las personas atraviesan en la medida en que crecen y enfrentan dilemas morales más complejos (Papalia, 2005).

El primer nivel es el de la *moralidad preconvencional*, en éste las personas actúan bajo controles externos y es el nivel típico de los niños entre los 4 y los 10 años. Su primera etapa se centra en el dilema “castigo/obediencia”, por lo que los niños obedecen las reglas para evitar el castigo, sin conocer los motivos de un acto y sólo concentrándose en su forma física (el tamaño de una mentira, por ejemplo) o consecuencia. La otra etapa del pensamiento preconvencional se conoce como “hedonismo instrumental” o “reciprocidad concreta”. Aquí el niño acata las reglas para su beneficio personal, pues toma en consideración lo que otros pueden hacer por él, por ejemplo: dos niños pequeños pueden intercambiar juguetes, no con la intención de hacerse un regalo, sino para obtener un mejor juego.

El nivel de la *moralidad convencional* se distingue por la interiorización de las figuras de autoridad y ocurre entre los 10 y los 13 años. Su primera fase esta orientada a la “mutualidad en las relaciones interpersonales”; en ésta, los niños se esmeran por agradar y ayudar para obtener la amistad de los demás, el deseo de ser querido y aceptado son muy importantes en este momento. Ya pueden juzgar las intenciones de los otros y empiezan a desarrollar su propia idea de lo que es una buena persona. La otra etapa se denomina como “ley y

orden” porque su principal objetivo es mantener el orden social. Las personas se esmeran para cumplir con sus deberes, muestran gran respeto por la autoridad y se comportan de cierta manera porque así lo dictan las reglas o las tradiciones. Quienes pasan por esta etapa consideran que un acto siempre es incorrecto cuando viola una regla o daña a otros, independientemente del motivo o las circunstancias. Muchos adultos permanecen en este nivel.

La *racionalidad posconvencional* es el último nivel del desarrollo moral y puede alcanzarse desde la adolescencia temprana. En éste, las personas reconocen los conflictos morales y pueden hacer juicios de valor guiados por sus propios principios morales. La primera de sus etapas se basa en la noción de contrato social: “el mayor bien para el mayor número posible de personas”. La voluntad de la mayoría y el bienestar social reciben gran valor, así que, aunque reconocen que la ley y la necesidad humana entran en conflicto algunas veces, se inclinan a pensar que el dolor de algunos es sufrible si lleva implícito el beneficio de la colectividad. También consideran que es importante apegarse a la ley. El máximo nivel en la escala moral es el del “principio ético universal”, se destaca porque las personas hacen lo que consideran correcto, independientemente de las opiniones de los demás o de las consecuencias legales. Están tan convencidos de que actúan con base en el principio de justicia, que dejar de hacerlo los condenaría ante sí mismos

Como lo indica la secuencia evolutiva, durante la niñez la moralidad está más relacionada con el control de la autogratificación, mientras que ya entrada la adolescencia, la creciente habilidad de comprender el mundo tendrá su reflejo en los juicios de valor más elaborados. (Papalia, 2005).

Florenzano (1998) menciona que no todas las personas pueden alcanzar el razonamiento moral posconvencional, sin importar que hayan llegado a la edad adulta, pues depende de las capacidades individuales y del contexto sociocultural. Algunas sociedades, principalmente las no occidentales, tienen valores culturales alternativos a los considerados por Kohlberg. De cualquier manera, es a partir de la adolescencia que se puede reconocer la relatividad

de las normas, aspecto indispensable para el desarrollo completo de los principios morales.

1.3. TEORÍAS SOBRE LA ADOLESCENCIA

VISIÓN PSICOANALÍTICA

La visión psicoanalítica considera que el desarrollo está modelado por poderosos impulsos que controlan la conducta humana, por lo que su énfasis causal se encuentra en las emociones y pulsiones inconscientes, es decir, en los factores internos, biogénéticos.

De acuerdo a los estadios del desarrollo psicosexual de Freud, durante la etapa oral, la principal fuente de placer y seguridad proviene de objetos sexuales externos y de actividades como la succión y la alimentación. Gradualmente, los niños comienzan a obtener gratificación mediante otras actividades orales que pueden realizar por ellos mismos, aprenden a comer solos, por ejemplo; los placeres de los niños se vuelven más autoeróticos.

Alrededor de los 2 o 3 años, la zona de gratificación es la región anal, por lo que el interés se vuelve hacia la expulsión y la retención de las heces. El control de esfínteres es una actividad importante. Se le conoce como fase anal.

Le sigue la fase fálica, en la que el placer se obtiene de la estimulación genital —se da entre los 4 y 5 años—. En este periodo, los niños desarrollan un deseo incestuoso por los padres del sexo contrario, para luego identificarse con el padre del mismo sexo. Se desarrolla el superyó.

El periodo subsiguiente, denominado fase de latencia (desde los 6 años aproximadamente hasta la pubertad), se caracteriza por una disminución en el interés sexual de los niños, cuyos impulsos se recanalizan hacia las labores

escolares y el juego vigoroso. Se interesan por cultivar amistades con sus pares.

En la última fase, la genital, se produce la maduración de los órganos sexuales internos y externos, y hay un resurgimiento de los impulsos sexuales. Comienza la atracción hacia los miembros del sexo opuesto, la rebelión frente a la autoridad y la formación de grupos con intereses particulares. En esta etapa los adolescentes deben aprender a controlar sus impulsos de manera socialmente aceptada. A esta etapa corresponde el desarrollo de la adolescencia, y perdura a lo largo de la edad adulta.

Freud no abundó mucho sobre los años adolescentes porque su interés correspondía a la niñez temprana, momento clave para la formación de la personalidad. Desde un punto de vista clásico, la adolescencia contribuye poco a las novedades en el desarrollo de la personalidad (Kimmel y Weiner, 1998). Sin embargo, Freud (1905, citado en Rice, 1999), describió la adolescencia como un período de excitación sexual, ansiedad y en ocasiones perturbación de la personalidad.

La adolescencia es la etapa de resolución final de las etapas del desarrollo psicosexual que comienzan con el nacimiento (Florenzano, 1998). Es la continuación del desarrollo que se estancó temporalmente al declinar la fase edípica (de latencia), y que ahora se orienta hacia la reproducción biológica. Según Blos (1971), el periodo de latencia, en términos del desarrollo del yo, prepara al niño para enfrentar el incremento de los impulsos durante la pubertad.

Freud (1905, citado por Blos, 1971), menciona que la adolescencia es como una segunda edición de la infancia porque los dos periodos coinciden en el hecho de que un ello relativamente fuerte se confronta con un yo relativamente débil. Es una reactivación de los conflictos genitales y pregenitales infantiles.

La pubertad provoca la reaparición del complejo de Edipo —explica en gran medida la conducta adolescente— que revive la atracción hacia el progenitor

del sexo contrario y la ansiedad ligada a dichos sentimientos. Los jóvenes tratan de resolver este problema alejándose del padre del sexo opuesto y acercándose al del mismo sexo (Kimmel y Weiner, 1998).

Esta etapa impone la desconexión de los primeros objetos de amor, los padres como objetos sexuales, y la búsqueda de otros no incestuosos, por lo que el adolescente debe reemplazar su posición narcisista y bisexual. Esto implica la ruptura de los lazos emocionales infantiles con los padres, pues los impulsos sexuales y los afectos ya no estarán dirigidos hacia ellos, sino hacia sus iguales. Lo anterior es experimentado como un periodo de individuación cuya finalidad es proporcionar un sentido de identidad (Blos, 1971).

Freud menciona que a medida que superan y repudian sus fantasías incestuosas, los adolescentes también completan “uno de los logros físicos de la pubertad más penosos...; la ruptura con la autoridad paterna (citado en Rice, 1999 pág. 140).

Anna Freud también hizo importantes contribuciones al estudio de la adolescencia desde la perspectiva psicoanalítica. Analizó los mecanismos de defensa que los adolescentes utilizan para sobreponerse a las ansiedades específicas y a la inestabilidad psíquica.

Biehler (1980, citado en Navarro y Ruiz, 2005) estima que la necesidad de conseguir un equilibrio psíquico pone en marcha las modalidades de excitación, tensión, gratificación y defensa que han sido satisfactorias en etapas de desarrollo precedentes. Este retorno a los modos de funcionamiento infantil es lo que determina el carácter regresivo y extravagante de la conducta adolescente.

Entre estos mecanismos de defensa descritos por Anna Freud destacan: la racionalización, el ascetismo, la formación reactiva y la sublimación.

En la *racionalización*, el adolescente huye de la ansiedad que le genera su cuerpo cambiante para refugiarse en las ideas, tratando de explicar el

mundo que le rodea de manera ordenada; con frecuencia debate acerca de cuestiones éticas y morales. Este mecanismo es facilitado por su capacidad de pensamiento abstracto recién adquirida. El *ascetismo* es la tendencia a minimizar los impulsos del ello mediante el rechazo de las tentaciones y la negación a sí mismo de los físicos cotidianos. El adolescente reafirma su capacidad para el manejo de sus impulsos a través de las prohibiciones estrictas que se impone. La *formación reactiva* es la capacidad de transformar un impulso agresivo o sexual en sus opuestos, lo cual se manifiesta en opiniones o acciones opuestas a las sostenidas en la realidad: el deseo de liberarse de las reglas familiares se puede transformar en una aceptación absoluta de las mismas, por mencionar algo. La *sublimación* consiste en convertir un impulso en una acción socialmente útil y aceptada, por ejemplo: la capacidad de discutir puede transformarse en capacidad de liderar grupos juveniles.

Sin embargo, para que un individuo alcance la madurez, es necesario que supere las fijaciones y las regresiones a las etapas previas de su desarrollo.

VISION PSICOSOCIAL: ERIKSON

Erikson incorporó los hallazgos de la antropología cultural a la teoría del desarrollo psicosexual, de donde se desprende su teoría sociopsicológica. Ésta última centra su interés en las influencias sociales y los acontecimientos exteriores al individuo.

Erikson postuló que el yo se desarrolla sistemáticamente en una serie secuencial formada por ocho etapas. En éstas, el individuo tiene el cometido de superar diversas tareas psicosociales específicas en tiempo delimitados. El desarrollo de dichas tareas psicosociales está relacionado con los procesos de la libido y la maduración (Horrocks, 2001).

La tarea global del desarrollo es la adquisición de una identidad del yo positiva, que se va incorporando paulatinamente a medida que una persona atraviesa por los ocho estadios del desarrollo (Papalia, 2005).

Una cuestión central para la teoría psicosocial es el enfoque epigenético, el cual plantea que las fases secuenciales son acontecimientos interactivos, no independientes, es decir, que la maduración y el aprendizaje acumulado son componentes básicos para las etapas siguientes (Kimmel y Weiner, 1998).

Cada una de estas etapas genera una tensión psicológica que puede manejarse de dos maneras: si se resuelve satisfactoriamente, se integrará al yo una cualidad positiva, que tenderá a su desarrollo saludable; la no resolución o la resolución poco satisfactoria acarrea consecuencias desfavorables al yo. Por lo tanto, es deseable que en cada etapa se consiga una síntesis de las partes en conflicto, porque si bien la resolución de una etapa implica el predominio de la parte positiva, la negativa también aporta elementos indispensables. Por ejemplo: la gente necesita confiar en el mundo y sus habitantes, pero también necesita cierta desconfianza para protegerse del peligro (Papalia, 2005).

Según Kimmel y Weiner (1998), lo fundamental de la visión de Erikson es la previsión de que la manera que un individuo enfrente la tensión de una fase concreta del desarrollo tendrá relación con el éxito en la resolución de los problemas de las etapas ulteriores.

Las ocho etapas y los conflictos que plantean son:

1. Logro de la confianza (confianza contra desconfianza).
2. Logro de la autonomía (autonomía contra vergüenza y duda).
3. Logro de iniciativa (iniciativa contra sentimiento de culpa).
4. Logro de laboriosidad (laboriosidad contra inferioridad).
5. Logro de identidad (identidad contra difusión del propio papel).
6. Logro de intimidad (intimidad contra aislamiento).
7. Logro de creatividad (creatividad contra estancamiento).
8. Logro de la integridad del yo (integridad del yo contra desesperanza).

Las primeras tres etapas representan la infancia y la niñez; la cuarta, la latencia; la quinta, la pubertad y la adolescencia; la sexta, la edad del joven adulto; y las dos restantes, la edad adulta y los últimos años (Horrocks, 2001).

La etapa del logro de la identidad inicia con la pubertad, momento en que los adolescentes comienzan a cuestionarse, con preocupación, a sí mismos: ¿quién soy yo? y ¿cuál es mi papel en la sociedad? Así surge el apremio de dar sentido al mundo y a ellos mismos. La tarea a superar en esta etapa es el desarrollo de una identidad que brinde una base sólida para la vida adulta (Labajos, 1994).

La tarea psicosocial de identidad está fundamentada en los logros de las etapas previas; la confianza básica obtenida de la relación madre-hijo, es el recurso que le sirve al adolescente para distinguir la fiabilidad de las ideas y las personas; el logro de autonomía le da la oportunidad de elegir libremente su estilo de vida y sus actividades profesionales; el periodo de iniciativa es la preparación para plantearse metas imaginativas y para el posterior desempeño de esos roles que inicialmente sólo podía imaginar; el logro de laboriosidad, correspondiente a la edad escolar, ahora se convierte en sentimiento de competencia y la creencia de que es capaz de realizar cosas valiosas para el mundo (Labajos, 1994).

Erikson (1950, citado en Mckinney, Fitzgerald y Strommen, 1982) define la identidad como “la confianza intensificada de que la realidad y continuidad internas que se han preparado en el pasado, corresponden a la realidad y a la continuidad de significado que uno tiene para los demás” (pág. 11). La identidad tiene que ver con un sentimiento de continuidad del sí mismo a través del tiempo y un conocimiento relativo de la percepción que el resto del mundo tiene sobre uno (Coleman, 1985).

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, la consolidación de la identidad no es un asunto exclusivo de los adolescentes, no comienza ni termina durante esta edad. Es un aspecto del desarrollo de la personalidad que implica un gran

esfuerzo personal; aunque es imposible negar que se presenta de forma especialmente pronunciada durante la adolescencia.

Erickson destacó que “la adolescencia es una crisis normativa, una fase normal de conflicto incrementado, caracterizada por una fluctuación en la fuerza del yo” (citado en Rice, 1999. pág. 36).

Los cambios fisiológicos dentro del cuerpo del adolescente provocan un periodo de discontinuidad que amenaza la imagen corporal y la identidad del yo, por lo que la actividad principal de esta quinta etapa es el establecimiento de una identidad positiva del yo, que brinde una nueva seguridad de uniformidad y continuidad (Muuss, 1984).

La identidad del yo representa una reelaboración del autoconcepto, a partir de la experiencia social y de la aceptación de los papeles sociales, que será el elemento que lleve al adolescente a convertirse en un adulto sexual, reproductivo y responsable (Horrocks, 2001).

Muuss (1984) menciona que:

La madurez empieza cuando la identidad ha sido establecida y ha surgido un individuo integrado e independiente, que no necesita usar a otros como muletas emocionales y que no repudia su pasado; en suma, cuando ya no tiene que poner en tela de juicio, en todo momento, la identidad propia (pág. 52).

Cuando el adolescente presenta dificultades para establecer una identidad coherente, se genera una confusión de roles y una incertidumbre que se puede prolongar excesivamente hasta sobrevenir en un profundo sufrimiento y características tan negativas como: desesperanza del futuro y regresión a la primera infancia; incapacidad para comprometerse en relaciones interpersonales íntimas; parálisis de la actividad laboral por sentimientos de falta de cualidades y elección de una identidad negativa, por oposición a las expectativas de las personas de su entorno (Labajos, 1994).

Un concepto interesante que Erikson incluyó en la quinta etapa es el de la adolescencia como un periodo, culturalmente facilitado, de pausa psicológica en el desarrollo: moratoria psicosocial.

La moratoria psicosocial es el lapso entre el abandono de la niñez y la asunción del papel adulto; este intervalo de permisividad social le permite al adolescente tomarse un tiempo para sí mismo y pensar, imaginar y experimentar diferentes identidades antes de decidirse por alguna. Al no considerarlo lo suficientemente capacitado para asumir los retos de la vida adulta, se le otorga un periodo de aplazamiento de los compromisos sociales, con la condición de encontrar, finalizado el plazo, una identidad y una función social aceptables.

Horrocks (2001) plantea que el rol durante la moratoria psicosocial puede resultar bastante ambiguo para el adolescente porque, aunque tiene abierta la posibilidad de desempeñar los papeles que desee, el de adolescente es un rol, sin sustancia real, que le toca representar.

Para Erikson (citado en Labajos, 1994), el periodo de moratoria es de máxima importancia con respecto al proceso de formación de la identidad. Las ganancias de la moratoria psicosocial son:

- La integración de su pasado para proyectarse en un futuro.
- El conocimiento de sí mismo a través de los demás.
- La experimentación de distintas ocupaciones sin compromisos permanentes.
- La clarificación de una identidad sexual, que posibilita la conducta sexual activa.
- El desarrollo de un sistema de valores que le permita tomar decisiones para el resto de su vida.

MODELO ECOLÓGICO

El psicólogo estadounidense Urie Bronfenbrenner propuso una teoría bioecológica para explicar los procesos del desarrollo. Ésta concibe al individuo como parte inseparable de su ambiente y plantea un modelo cuyo propósito es integrar los diferentes niveles de interacción biopsicosocial a lo largo del ciclo vital.

Bronfenbrenner (1979, citado en Shaffer 2000) define al ambiente como “un conjunto de estructuras anidadas, cada una dentro de la siguiente, como un conjunto de muñecas rusas” (pág. 63). Así, la experiencia individual es como un conjunto de estructuras insertas unas en las otras (Florenzano, 1998).

El objetivo de la ecología del desarrollo humano es estudiar la complejidad de los procesos mediante los que una persona y las propiedades psicológicas cambiantes de su entorno inmediato se acomodan y se influyen mutuamente. La interacción del adolescente con su entorno es recíproca (Morales, s.f.)

El adolescente en desarrollo es entendido como una entidad creciente y dinámica, que va adentrándose progresivamente a distintos espacios de desarrollo y reestructura del medio en el que vive. El adolescente se encuentra en un tránsito que poco a poco lo lleva de entornos muy próximos hacia otros mucho más distantes y con interacciones (personas, objetos y símbolos), cada vez más complejas. El propósito de la adolescencia es el cambio de rol y de entorno (Morales, s.f.).

Bronfenbrenner concibió las influencias sociales como una serie de sistemas ecológicos que se extienden más allá del adolescente, aunque es éste quien ocupa el lugar central. Topológicamente, los cinco sistemas contextuales (microsistema, mesosistema, ecosistema, macrosistema y cronosistema), se disponen como estructuras concéntricas o capas que revisten al individuo, cada una está contenida dentro de la siguiente. De acuerdo a su profundidad, van de los escenarios más íntimos, como podría ser la familia, hasta lo más remotos, como la cultura.

El *microsistema* es el contexto ambiental más interno y se refiere a las actividades e interacciones más cercanas, las que se realizan por contacto directo día a día. El microsistema del adolescente corresponde al lugar en el que vive, las personas que están con él, y las actividades que hacen en conjunto. Lo anterior se realiza bajo un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales dentro de cada escenario: el hogar, la escuela, el campo de juegos, etcétera. Durante la adolescencia, la familia es el microsistema principal, seguido de los amigos y la escuela. El microsistema de los amigos adquiere gran importancia porque brinda compañía, aceptación, popularidad y estatus; aunque también puede convertirse en fuente de influencias negativas: consumo de drogas, sexualidad irresponsable, robos, pertenencia a bandas, etcétera.

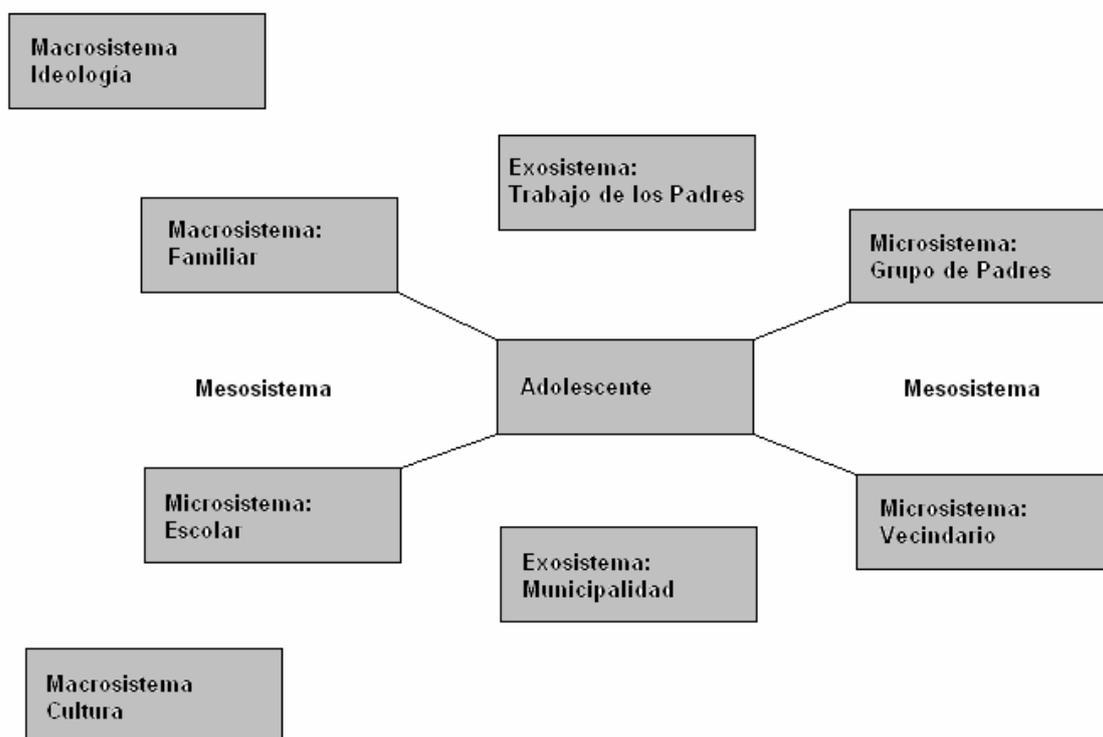
La segunda capa es el *mesosistema*, comprende las interrelaciones o enlaces entre dos o más entornos (microsistemas), en los que el adolescente participa activamente. Un ejemplo puede ser la relación entre el hogar, la escuela y el grupo de amigos. Su análisis implica el estudio de la frecuencia, la calidad y la influencia de las interacciones, pues según Bronfenbrenner (citado en Rice, 1999), el desarrollo social de un adolescente se comprende mejor cuando se toman en cuenta las influencias de muchas fuentes en relación unas con otras. Es muy probable que el desarrollo sea optimizado cuando existen vínculos sólidos entre los diferentes microsistemas.

El *exosistema*, al igual que el mesosistema, incluye los vínculos entre uno o más escenarios; en esta capa, a diferencia de la anterior, se trata de ambientes en los que el adolescente no juega un papel muy activo, pero que afectan su vida cotidiana de manera indirecta. Por ejemplo: los ambientes de trabajo de los padres pueden ser una influencia exosistémica porque pueden intervenir en las relaciones emocionales con sus hijos adolescentes, lo que evidentemente se vería reflejado en su desarrollo.

El *macrosistema* es el contexto cultural o subcultural o de clase social en que están inmersos los microsistemas, mesosistemas y exosistemas. Contiene los

sistemas de creencia, la ideología, las costumbres, los valores religiosos y los sistemas económicos y sociales propios de cada cultura. Es un sistema externo que incluye los referentes de “como debería ser el mundo”. El proceso de urbanización, que afecta directamente a los adolescentes, es un ejemplo de un cambio macrosistémico. El análisis de este sistema es muy importante porque es en este nivel donde se determina finalmente quién es adulto y quién adolescente.

Por último, se añade el *cronosistema* o dimensión temporal. La dirección del desarrollo no es inalterable, puede modificarse por los cambios que afectan al propio individuo o a su ambiente. Puede incluir desde cambios como la composición de la familia o el lugar de residencia, hasta acontecimientos mayores como guerras y ciclos económicos.



CAPÍTULO 2

SUICIDIO

2.1. Definiciones: suicidio consumado, intento e ideación suicida.

El suicidio es un fenómeno intrincado, en él se entrelazan las circunstancias sociales y las características individuales (Clemente y González, 1996). Para Leenars (1996, citado en Casullo 2000), el suicidio no sólo es una entidad patológica o una reacción ante el malestar y la angustia, es un fenómeno de enorme complejidad puesto que indica la presencia de componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y filosóficos.

Por lo anterior, el estudio y la definición de las conductas suicidas se tornan problemáticos. Podemos encontrar diversas definiciones de suicidio, las cuales, más que llegar a un consenso, son el reflejo de los presupuestos teóricos y/o morales a los que se adscribe su autor; además de que, es importante resaltarlo, el término suicida puede aplicarse a diversos comportamientos que no necesariamente concluyen con la muerte —intentos, pensamientos y amenazas de suicidio—. Como plantea Villardón (1993), existe una dificultad para juzgar una muerte como suicidio y a una persona o un acto como suicida. Para esta misma autora, el vocablo “suicida” se emplea para calificar a las personas que han cometido, intentado y/o pensado en el suicidio. A diferencia de Sarró y de la Cruz (1991), quienes sólo aplican el término a la persona que acaba con su vida voluntariamente.

Algunos autores (Buendía, Riquelme y Ruiz 2004; Casullo 2000; González, 2004) mencionan que otro de los problemas a considerar es que, si bien es cierto que el término suicidio comúnmente se utiliza para hacer referencia a una conducta voluntaria, no todos los comportamientos “suicidas” están motivados por el deseo consciente de morir, ni siquiera ocasionarse daño, muchas veces sólo constituyen un grito de ayuda, una expresión de desesperanza, desesperación, enojo, desamparo y frustración. Villardón (1993) estima que la intencionalidad es un elemento básico para distinguir un acto como suicida.

González (2004) expone que identificar la intencionalidad puede resultar igualmente dificultoso porque una conducta más histriónica, sin un propósito real de acabar con la vida, puede finalizar en muerte; mientras que una persona que actúa claramente motivada por un deseo de morir puede no conseguir su objetivo.

González (2000, citada en Cárdenas, 2004) considera que “definir la problemática suicida es un esfuerzo constante, más aún cuando se reconoce que como conducta sólo es la punta de un iceberg debajo del cual se encuentran numerosos factores que le sostienen y que a su vez, inciden en la magnitud del problema” (pág. 36).

Planteada la complicación, se citarán algunas definiciones, basadas en diferentes criterios, para las tres grandes categorías de conductas suicidas distinguidas por Pokorny (1986, citado en Villardón, 1993): suicidio consumado, intento de suicidio e ideas suicidas.

SUICIDIO CONSUMADO

El diccionario del uso del español de Moliner (1983 citado en Villardón, 1993) indica que la palabra suicidio está formada por el pronombre latino “sui”, de sí mismo, y la terminación *caedĕre*, de matar; por lo que el suicidio se entiende como la acción de matarse voluntariamente a sí mismo. Lo que distingue un suicidio de otro tipo de muerte como el homicidio, es que la acción es voluntaria y recae en el propio actor.

Durkheim entendió el suicidio como un efecto de la estructura social y propuso una de las primeras definiciones modernas del suicidio: “se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producirse este resultado” (Clemente y González, 1996 pág. 22).

En 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió como acto suicida todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo un daño, sin importar cual haya sido su finalidad. Desde este planteamiento, consideró como suicidio todo acto que conlleva la muerte del individuo (Buendía, Riquel y Ruiz, 2004). La National Mental Health Association (2002 citada en Wilburn y Smith, 2005) coincide con la definición anterior, al proponer que el suicidio es el acto completo de tomar la propia vida.

Casullo (2000) juzga que dentro del término suicidio se “incluyen todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima, la que es consciente de la meta a lograr” (pág. 20).

El suicidio es un acto complejo en el que se pueden identificar al menos tres elementos: ocurre un deceso, la muerte se ve ocasionada por la misma persona que muere, y el acto es intencional, es decir, la persona suicida está plenamente consciente de las consecuencias de su acto (Rosas, López y Martínez, 2004).

Beachler (1975, citado en Sarró y de la Cruz, 1991) define el suicidio como “una conducta que busca y encuentra una solución al problema existencial a través de la muerte” (pág. 32).

INTENTO SUICIDA

Los actos suicidas que no tienen como resultado final la muerte también se han denominado: parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada; conceptos que abarcan una gama de comportamientos muy amplia.

De acuerdo con Buendía, Riquel y Ruiz (2004), Durkheim reconoció la tentativa de suicidio como el mismo acto previamente definido como suicidio, sólo que interrumpido antes de su consecución, es decir, antes de que dé como resultado la muerte del individuo.

Pérez (s.f.) lo define como un acto sin resultado de muerte en el cual un individuo se hace daño a sí mismo intencionadamente.

Shneider, en 1954, indicó que la tentativa de suicidio es un acto suicida frenado ya sea por la utilización de un método inadecuado o por la intervención de otros (Sarró y de la Cruz, 1991).

Stengel (1965 citado en Sarró y de la Cruz, 1991) considera al intento suicida como “un acto no fatal de autoperjuicio llevado a cabo con un consciente intento destructivo, no obstante ser vago y ambiguo” (pág. 31). A pesar de esta definición, Stengel también hizo notar que la tentativa suicida podía tener otros significados, como podrían ser: una demanda de ayuda, generalmente inconsciente, una agresión o un aspecto de juego con la propia vida.

En el CIE-10 se señaló al intento de suicidio como una autolesión intencionada y una conducta de afrontamiento, por considerar que, más que la búsqueda de la muerte, muchas de estas tentativas pueden tener el impulso de interrumpir una experiencia consciente, relacionada a una demanda de atención para activar o transformar el entorno (Sarró y de la Cruz, 1991). En esta misma línea, Zimmerman (1995) apunta que “un intento suicida es regularmente una expresión del esfuerzo por resolver un problema sin solución, es decir, un problema que aparentemente no tiene solución y que produce una experiencia de profundo dolor, pérdida o compromiso inaceptable” (pág. 8).

Clemente y González (1996) consideran que la tentativa suicida puede tener diferentes motivaciones, desde una forma de solicitar ayuda o de descarga emocional hasta un ensayo para el suicidio. Así consideran que algunos criterios para diferenciar el tipo de tentativa son: la gravedad de la misma, la eficacia del método, si se trata de un acto previamente reflexionado o una autoagresión impulsiva, además de la información que pueda proporcionar la persona después del acto suicida. El grado de autodestrucción de la conducta puede ser un indicador de los motivos que llevaron a cometer el acto.

En 1989, Diekstra (citado en Villardón, 1993) hizo una distinción entre el intento suicida y otra conducta denominada parasuicidio. Concibió esta última como un acto que provoca autolesiones pero que no tiene un fin mortal.

Para la Organización Panamericana de la Salud OPS (2006), como parasuicidio se puede entender el conjunto de conductas por las que un individuo, de manera deliberada, se produce daño físico (autolaceraciones, autoenvenenamiento, autoquemaduras, etcétera), y cuya consecuencia es el dolor, la desfiguración o daño de alguna función, pero sin la intención aparente de acabar con su vida. Es un comportamiento potencialmente mortal que pretende poner en riesgo la existencia, o por lo menos aparentarlo, pero sin tener como objetivo la muerte. Por su intención, esta conducta se caracteriza por la impulsividad y el empleo de métodos menos letales. La finalidad del parasuicida es provocar cambios en la conciencia y/o en las condiciones sociales (Sarró y del la Cruz, 1991).

Buendía, Riquel y Ruiz (2004) hacen hincapié en la importancia de identificar si una conducta corresponde a un suicidio fallido o a un parasuicidio porque, aunque en ambos está presente un elemento de autodestrucción, son síntomas que atañen a poblaciones específicas y por lo mismo requieren un abordaje terapéutico diferenciado.

IDEACIÓN SUICIDA

Marold y Whitesell (1992, citados en Wilburn y Smith, 2005) entienden la ideación suicida como una preocupación con pensamientos intrusivos de terminar con la propia vida. También es un término utilizado para referirse al sentimiento de estar cansado de la vida, la creencia de que no vale la pena vivir y el deseo de no despertar del sueño (OPS, 2006).

La ideación suicida es un concepto muy amplio que hace alusión a cogniciones de contenido variado. Puede ir desde la idea fugaz de que la vida no merece la pena vivirse, pasando por fantasías autodestructivas prolongadas y

permanentes, hasta la planeación impulsiva o bien meditada para matarse (Buendía, Riquel y Ruiz 2004; Sarró y del la Cruz, 1991).

Según Pérez (s.f.), el pensamiento suicida puede adoptar las siguientes formas:

-Idea suicida sin un método específico, el sujeto tiene deseos de matarse pero no sabe de que manera podría hacerlo.

-Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado, es aquella en la que el individuo expone claramente sus deseos de matarse y cuando se le cuestiona puede referir varias estrategias para conseguirlo: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un tiro, etcétera”.

-Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual un sujeto quiere suicidarse y ya ha elegido algún método para alcanzar su fin, más no sabe cuándo lo va a ejecutar, en dónde, ni ha tomado en consideración las precauciones necesarias para no ser descubierto y así consumir su muerte.

-Idea suicida planificada o plan suicida, en ésta, el individuo que desea morir, ya ha elegido un método frecuentemente mortal, el lugar preciso y el momento oportuno para nadie lo encuentre.

Si bien estas ideas expresan distintos niveles de gravedad, no existe necesariamente una continuidad entre ellas (OPS, 2003).

2.2 APROXIMACIONES TEÓRICAS AL SUICIDIO

El intento por comprender la problemática suicida ha motivado el surgimiento de teorías explicativas procedentes de diferentes disciplinas y ópticas. Como señala Villardón (1993), el suicidio se ha estudiado tradicionalmente desde dos perspectivas principales: la social y la individual. La primera orientación enfatiza y trata de explicar las conductas autodestructivas a partir de la influencia que tiene el entorno sobre el sujeto; dentro de ésta se incluyen los enfoques sociológicos y el empleo de instrumentos estadísticos. En oposición, la segunda se centra en las características personales del individuo; las

explicaciones psicológicas, psiquiátricas y psicoanalíticas, con su método de análisis de casos individuales, se colocarían de este lado. Sin embargo, en los últimos tiempos, se han realizado esfuerzos para sintetizar estas posturas antagónicas y proponer tendencias —más acordes con las evidencias recabadas y las condiciones sociales contemporáneas— en donde concurren ambos factores y se estudie al suicidio como un fenómeno psicosocial.

A continuación se señalarán los principales aportes de los enfoques más significativos.

PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA

El representante más clásico e influyente de esta orientación es Emile Durkheim — sociólogo francés— cuya obra: *El suicidio*, dejó de lado el debate religioso-filosófico sobre la moralidad del fenómeno, para adoptar una nueva forma de estudiar el problema, marcada por una inquietud claramente científica y basada en una perspectiva estrictamente sociológica.

De acuerdo con sus tesis, aunque los suicidios aparecían como conductas individuales con efectos psicológicos, en realidad eran el producto de las influencias positivas o negativas que la sociedad ejercía sobre el individuo (Sarró y de la Cruz, 1991). Es la sociedad quien directa o indirectamente, a través de su capacidad de mediar el vínculo entre los individuos y la vida, puede determinar que las personas sean más o menos vulnerables a los factores y cambios sociales, y por ende al suicidio. (Clemente y González, 1996). Existe un estado de ánimo o fuerza colectiva que presiona a los hombres y los impulsa a matarse (De Jonghe, 1982).

“Para Durkheim el suicidio es ante todo un fenómeno social, y como tal sólo explicable en función de variables sociales” (Clemente y González, 1996 pág. 49).

Más que abocarse al estudio de atributos individuales o a la génesis de suicidios particulares, Durkheim se interesó por el análisis de las constantes

que el fenómeno presentaba en grupos sociales bien diferenciados (Casullo, 2000). Su objeto de estudio fueron las tasas de suicidio o cifras sociales, base para explicar una tendencia de la sociedad como un todo hacia el suicidio (Villardón, 1993).

Describió cuatro tipos básicos de suicidio en función de las características sociales: egoísta, altruista, anómico y fatalista. El binomio egoísmo/altruismo determina el grado de integración del individuo en la sociedad; a la pareja anomia/fatalismo le concierne la reglamentación de los deseos del individuo (De Jonghe, 1982).

El *suicidio egoísta* es el que ocurre cuando una persona no tiene un motivo para continuar vivo porque no cuenta con vínculos o grupos de pertenencia que le brinden sostén e integración social. El individuo experimenta apatía, soledad y desencanto; además de sentirse ajeno a la sociedad y vulnerable a las dificultades de la vida y a los cambios sociales. Este tipo de suicidios se presenta en sociedades caracterizadas por la individualización y el egocentrismo exacerbados.

El *suicidio altruista* deriva de una integración social excesiva en donde los individuos se funden con su grupo al grado de perder la identidad y quedar prácticamente subordinados a la voluntad colectiva. La vida de una sola persona carece de importancia y se considera deseable el sacrificio en favor del bien común. La pérdida de identidad y recursos personales deja al sujeto desamparado e incapaz de afrontar él solo los avatares de la vida (De Jonghe, 1982). La promoción del individualismo en el mundo Occidental hace de ésta, una práctica poco frecuente en nuestra sociedad.

El *suicidio anómico* se da en el interior de una sociedad en la que no existe integración alguna. Las transformaciones ocurren con tanta premura que la sociedad ya no puede sostener su acción reguladora ni mantener las normas morales y sociales que limitan los deseos y las necesidades personales (anomia). Dicha estado conduce a la ausencia de parámetros estables para guiar la conducta porque los referentes anteriores ya no son operantes, pero

tampoco se sugieren normas alternativas. Wenz (1979 citado en Villardón, 1993) plantea que la anomia familiar está relacionada con comportamientos maladaptativos —incluidas las conductas autodestructivas— como posible reacción a esa anomia específica.

El *suicidio fatalista* es todo lo contrario al anómico. Su causa es una regulación social exagerada cuyo reflejo es una disciplina rígida y un despotismo material o moral (De Jonghe, 1982). Es un estado de control insoportable del que es imposible apartarse, a no ser por el suicidio. Es propio de los esclavos.

En el curso de sus investigaciones, Durkheim se dio cuenta de que cada suicidio es el resultado de una situación concreta, así que más que tratar el suicidio tendría que hablarse de suicidios, pues aunque todos coincidían en la elección de una muerte voluntaria, el origen es distinto, incluso opuesto (Sarró y de la Cruz, 1991).

Clemente y González (1996) afirman que otra de las aportaciones de Durkheim fue su rechazo a las teorías que consideraban el suicidio como producto de alteraciones psíquicas o mentales, herencia, raza imitación y factores físicos como el clima o la época del año.

PESPECTIVA PSICOANALÍTICA

Para comenzar la revisión de este enfoque, es forzosa la exposición, en términos globales, de las aproximaciones de Freud al estudio del suicidio.

Aunque Freud no trató exhaustivamente el problema, sí se pueden encontrar referencias a él en su obra (especialmente en *Duelo y melancolía*, 1914). En dicho trabajo, planteó el suicidio como una forma de agresión autodirigida, ya que correspondía a un castigo que el propio individuo se imponía a sí mismo; aunque su interpretación apunta a que una conducta autodestructiva es una agresión que se dirige hacia una persona amada, previamente introyectada, a quien se ha perdido (Villardón, 1993). Comprendió el suicidio como una manifestación intrapsíquica inconsciente en cuya dinámica intervenían,

principalmente, la agresión y la hostilidad contra sí mismo al no poder exteriorizarse (Sarró y de la Cruz, 1991). Entonces, suicidarse sería matar a otro —su recuerdo—, antes que la propia muerte (De Jonghe, 1982).

En 1920, Freud dio a conocer su texto titulado *Más allá del principio del placer*, en éste, proponía una teoría de los instintos, en la que reconoció dos grupos de fuerzas básicas que se contraponen y que son rectoras de la conducta humana desde el nacimiento: las que están al servicio de la vida (Eros) y las que están al servicio de la muerte (Tanathos) —entre estos últimos se encuentran la agresión y la destructividad— (Hall, 1999).

Así, el enfoque psicoanalítico del suicidio tiene su origen sustancial en la teoría freudiana de los instintos, más concretamente en el Thanathos; Faberow (1961 citado en Clemente y González, 1996) menciona: “fundamentalmente, las bases del suicidio radican en el hecho mismo de un instinto de muerte, que al buscar constantemente un reposo eterno pueden encontrar su expresión en el suicidio” (pág. 46).

Para Clemente y González (1996), el suicidio sería, básicamente, el resultado de la oposición de los instintos de vida y muerte, en la que predomina el segundo. Ante esta situación, el yo y el superyó ponen en acción los mecanismos de defensa (proyección, sublimación e introyección), que impiden que el sujeto externe sus impulsos destructivos, los cuales terminan por volverse contra él mismo.

Freud afirmó que, al ser el instinto de muerte una fuerza intrapsíquica existente en el ser humano, todas las personas son potencialmente suicidas (Villardón, 1993).

Los presupuestos freudianos han sido el punto de partida de algunos autores que han profundizado más sobre el asunto. Tal es el caso de Menninger, considerado como el teórico psicoanalítico clásico del suicidio, quien afirmó que el suicidio se debe a impulsos internos que provocan que, inconscientemente, el sujeto adapte los factores externos a sus intenciones suicidógenas, de modo

que se coloque en un ambiente negativo que favorezca y justifique su ánimo suicida (Clemente y González, 1996).

Menninger sostuvo que todo suicidio implica la mezcla de tres elementos: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. El *deseo de matar* es una reacción ante la frustración y el sentimiento persecutorio que provoca un ser querido con el que existen vínculos de identidad y cargas afectivas muy fuertes, y que lleva a la privación del objeto externo de gratificación inconsciente (De Jonghe, 1982). El *deseo de ser matado*, se traduce en una sumisión total y erotizada, es el gozo resultante del castigo proporcional a la culpabilidad, consciente o no, producto del deseo de matar, el cual ocasiona un estado melancólico o depresivo (De Jonghe, 1982). El *deseo de morir* es la intención consciente de morir que determinará la consumación del suicidio (Clemente y González, 1996). Hay una gran dependencia entre el suicidio y los deseos homicidas, Stekel (citado en Sarró y De la Cruz, 1991) menciona que “nadie se mata a sí mismo que no desee matar al otro o, al menos, desee la muerte del otro” (pág. 23).

El planteamiento de Menninger, siguiendo a Freud, corresponde a una agresión del ambiente contra el yo, que provoca sentimientos agresivos del yo contra el exterior, pero ante la imposibilidad de cometer la agresión, ésta se revierte contra el sujeto. Sin embargo, el suicidio también puede explorarse como una agresión dirigida directamente contra el ambiente (Garma, 1973).

En ocasiones, el suicida puede actuar impulsado por la intención de provocar una serie de reacciones afectivas en aquéllos que le rodean, como una suerte de venganza en la que su muerte se convertiría en un continuo reproche (Garma, 1973).

Adler consideró que el deseo de venganza puede ser el fundamento de la psicología del suicidio: “se origina en el inconsciente una situación en la que se desea la enfermedad y hasta la muerte, en parte para amargar a los familiares y en parte para hacerles comprender el valor de la vida del que habían tratado mal” (Garma, 1973, pág. 86).

Otro móvil importante del suicidio es la pérdida irreparable de un objeto libidinal muy valioso —el objeto no es necesariamente una persona, un ser querido, también puede ser una abstracción o un ideal: la salud, la juventud, la libertad, etcétera— con el cual estaba intensamente identificado el sujeto. Entonces, surge el deseo de recuperar el objeto perdido, ante la imposibilidad de conseguirlo, el suicida quiere desaparecer de la vida del mismo modo que para él ha desaparecido su objeto libidinal. Pero no sólo eso, con la muerte se abre la posibilidad —la fantasía— de anular psicológicamente la pérdida de tal objeto, de reencontrarse con él (Garma, 1973).

Bowlby vio en el suicidio una reacción exteriorizada y hostil a la frustración, sin que por ello obedeciera a la existencia del impulso de muerte (Clemente y González, 1996)

Melanie Klein también sugirió que el suicidio no necesariamente implica un deseo de autodestrucción, sino que puede significar la desaparición de algún aspecto insufrible de sí mismo, cuyo fin daría lugar a la expansión de otros elementos más apegados al instinto de vida (De Jonghe, 1982).

Abadi (1973) puso en cuestión la idea de que el suicidio es la culminación de un estado depresivo en el que el individuo muestra un absoluto desinterés por la vida — postura frecuente en la visión psiquiátrica —. Paradójicamente, este autor consideró que el suicida no es individuo que busca la muerte, sino alguien que lucha por la resurrección y la supervivencia.

PERSPECTIVA PSIQUIÁTRICA

La orientación psiquiátrica clásica —con su perspectiva individual y patológica—, ha asociado el suicidio a la locura y a la enfermedad mental desde la primera mitad del siglo XIX. El origen de esta tendencia se ubica más precisamente en 1838, cuando Esquirol introdujo su teoría global del suicidio. El punto central de esta última es el estudio del suicidio como un síntoma de

trastorno mental, aunque también se refirió al suicidio provocado por las pasiones humanas (Sarró y de la Cruz, 1991).

La visión individual y patológica de Esquirol fue el punto inicial para posteriores interpretaciones del fenómeno, algunas bastante radicalizadas: el suicidio es, de hecho, un desequilibrio mental; otras más templadas: el suicidio es consecuencia de la enfermedad mental (Estruch y Cardús, 1882 citados en Villardón, 1993).

El modelo de la salud mental mantiene que la mayoría de los jóvenes que muestran tendencias suicidas también tienen un desorden psiquiátrico diagnosticable, como la depresión, y que las conductas suicidas son secundarias (Fergusson, Woodward. y Horwood, 2000).

Esta orientación tiene otra vertiente: la epidemiología psiquiátrica. Su propuesta consiste en combinar los aspectos psicopatológicos, personales con las variables sociales. Se centra principalmente en la identificación de grupos de alto riesgo y sus características sociodemográficas, psicopatológicas y sociales (Villardón, 1993).

MODELO DEL ESTRÉS-VULNERABILIDAD

Dado que el comportamiento suicida no ha sido suficientemente explicado, se han propuesto otros modelos que integran diferentes interpretaciones. Uno de los más aceptados es el del estrés-vulnerabilidad, adaptación de Wasserman del modelo estrés-diátesis planteado por Mann (OPS, 2006).

Mann considera que la conducta suicida está compuesta por dos dimensiones interrelacionadas: los rasgos de la persona (impulsividad, genética, abuso de sustancias, etcétera) y los desencadenantes o precipitantes (acontecimientos vitales adversos, enfermedad psiquiátrica, etcétera). Para que se presente una conducta suicida es necesaria la presencia de, por lo menos, un factor de cada dimensión (OPS, 2006).

El modelo del estrés-vulnerabilidad no concibe al suicidio como una enfermedad, sino como una conducta consciente que proviene de la interacción de la actividad mental cognoscitiva, afectiva y la comunicación entre la persona suicida y los que la rodean.

Según este modelo, hay tres factores que interactúan para el desarrollo del proceso suicida: la vulnerabilidad biológica, el estrés y los factores de protección individuales (OPS, 2006).

La *vulnerabilidad biológica*: se refiere al grado de predisposición biológica determinada por factores genéticos, la cual es variable de un individuo a otro. Esta tendencia se agrava con el consumo de alcohol o de drogas psicoactivas.

El *estrés*: algunas situaciones de la vida demandan que una persona cambie para adaptarse a una nueva situación. La dificultad para adaptarse al estrés impacta negativamente la vulnerabilidad individual. Entre los eventos estresantes se pueden mencionar acontecimientos de vida (muerte de algún ser querido, cambio de trabajo, nacimiento de un hijo), relaciones tensas caracterizadas por el resentimiento, la sensación de cólera y las discusiones habituales; así como la falta de una actividad productiva (desempleo, fracaso escolar).

Los *factores protectores*: son aquéllas condiciones que reducen el estrés y la vulnerabilidad biológica de una persona, como resultado de las experiencias internas y el apoyo externo con el que cuenta el individuo. Dentro de éstos se pueden citar: el sentido de pertenencia y seguridad emocional, las habilidades de comunicación, el apoyo familiar y el soporte de redes sociales. Estos factores serán revisados con mayor detenimiento en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

3.1. Factores de riesgo

Adicciones, violencia, depresión, aumento significativo de suicidio, crisis de ansiedad, angustia, trastornos de la alimentación: son algunas de las manifestaciones clínicas que reflejan el dolor, el malestar que con frecuencia experimentan muchos adolescentes; pero ¿que hay detrás de estos problemas de salud pública que ponen en peligro la superación saludable de esta etapa?

Algunos autores (Melillo, Estamatti y Cuestas, 2004) comienzan por denominar a nuestra sociedad como la *sociedad del riesgo*, puesto que el desarrollo tecnológico y económico acelerados a la vez que producen riqueza también generan una gran cantidad de desocupados, subocupados, mayor pobreza y delincuencia, etcétera. El grueso de la población se encuentra excluido de los bienes sociales, enfrentándose cotidianamente a un panorama incierto, poco alentador, con escasas oportunidades de desarrollo, y en el que ni siquiera las condiciones de bienestar mínimas se tienen aseguradas. Planteado de esta manera, de entrada, el medio social en sí mismo ya constituye una fuente de insatisfacción —de riesgo podría decirse— que deteriora la vida del sujeto, al no propiciar los medios necesarios para obtener salud, educación, empleo, participación social. A lo anterior deben sumarse la historia personal, el programa neurobiológico y el resto de las características individuales; además de la tendencia a la individualización de los riesgos sociales. Montiel (1998) sugiere que el Estado se exenta de sus deberes frente a los problemas de salud pública y delega su responsabilidad a los individuos, quienes terminan haciéndose cargo de ésta a través de la interiorización de disposiciones psíquicas marcadas por sentimientos de culpa, insuficiencia personal, miedos, conflictos con la autoridad, adicciones, neurosis, psicosis e incluso una actitud favorable al suicidio.

En las siguientes páginas se revisarán con más detalle estos factores, por el momento la intención fue introducir —aunque de manera muy general— el

escenario en el cual se insertan los conceptos de factores de riesgo y de protección, vulnerabilidad y resiliencia.

El concepto de riesgo tuvo un uso tradicionalmente biomédico, enfocado a los factores de riesgo biológicos, sin embargo la psicología social y la psicología del desarrollo poco a poco se incorporaron a los estudios epidemiológicos tradicionales. Según la OMS (1998 citado en Cardozo y Dubini, 2005), “los factores de riesgo son todas aquellas condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento en la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones” (pág. 47). Munist et al. (1998) coinciden con la definición anterior; reconocen que 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” (pág. 12). Siguiendo estas definiciones puede decirse que los factores de riesgo son todas aquellas características detectables que indican que una persona, familia o comunidad tienen mayor posibilidad de sufrir un daño.

En 1998, Burak (citado en Cardozo y Dubini, 2005), propuso dos tipos de factores de riesgo: los de amplio espectro y los específicos; se consideran factores de riesgo de amplio espectro: familia con vínculos pobres entre sus miembros, violencia intrafamiliar, autoestima baja, ser miembro de un grupo con conductas de riesgo, deserción escolar, proyecto de vida débil, locus de control externo, bajo nivel de resiliencia. Entre los específicos se pueden mencionar: portar un arma blanca, no usar casco protector en la moto, tener amigas o hermanas adolescentes embarazadas, el consumo de alcohol, ingesta excesiva de calorías, depresión, etcétera.

Las condiciones psicosociales estresantes afectan a todos los miembros del sistema social, sin embargo Gómez (2000) señala que, por el momento preciso del ciclo vital en que se encuentran, la infancia, la adolescencia y la tercera edad son los grupos etáreos más vulnerables.

La etapa de la adolescencia —como se abordó en el primer capítulo— trae consigo una serie de nuevas necesidades y destrezas que llevan al

adolescente a ponerse a prueba frente a situaciones diversas. Cardozo y Dubini (2005) refieren que es un momento en que el sujeto busca menos protección del entorno y trata de dar lugar a su propia comprensión de lo que constituye una situación de peligro potencial, confía más en su habilidad para afrontar los riesgos y resolver si participa activamente o no en los problemas.

El riesgo en los adolescentes ha sido abordado desde distintas perspectivas:

LA PERSPECTIVA CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA

Desde este enfoque, los comportamientos riesgosos están asociados a la toma de decisiones que tienen consecuencias indeseables y que se contraponen a un tránsito saludable por las distintas etapas del desarrollo y a los objetivos que idealmente deberían alcanzar todos los miembros de una sociedad: bienestar, seguridad, acceso al sistema educativo, justicia social. Irving (1990, citado en Casullo 1998) señala:

Cuando se habla de riesgo, se alude a factores vinculados a la estructuración o conformación de cierto tipo de conductas o comportamientos humanos que se manifiestan de forma voluntaria, con resultados de alguna manera indefinidos y que tienen alta probabilidad de provocar consecuencias negativas en lo referido a cuestiones de salud, tanto en su perspectiva personal- subjetiva como social-comunitaria” (pág. 19).

Como nos dice este autor, la perspectiva clínica epidemiológica plantea que un adolescente se encuentra en riesgo cuando: se encuentra especialmente vulnerable frente a enfermedades que le pueden causar daño físico, psicológico, social y jurídico, y cuando lleva a cabo comportamientos, individuales o colectivos, que comprometen la seguridad de quienes lo rodean.

PERSPECTIVA PSICOLÓGICA

Este enfoque se centra en el estudio de los diferentes estilos de personalidad y sus posibles trastornos, las habilidades cognitivas, el locus de control y los posibles trastornos de aprendizaje.

Según este planteamiento, se puede hablar de riesgo cuando los comportamientos de los adolescentes suponen la ausencia de las siguientes características:

- poder decidir con libertad acerca de la propia vida,
- una integración yoica que asegure la presencia del principio de realidad,
- la capacidad para gratificarse y al mismo tiempo adaptarse al contexto sociocultural,
- un mínimo de congruencia consigo mismo que le permita integrar sus actos a un sistema personal de valores y creencias (Casullo 1996 en Casullo 1998).

Gómez (2000) considera que es posible identificar ciertos rasgos de personalidad comunes a las personas que buscan riesgos. Estas personas:

- necesitan estimulación permanente, buscan la novedad y la aventura;
- poseen un elevado nivel de actividad, energía y dinamismo;
- muestran dificultad para controlar sus impulsos;
- necesitan demostrar que pueden resolver sus problemas y que son pensadores independientes;
- rechazan los planes a largo plazo y responden a cada situación con rapidez y sin análisis previo;
- tienden a comprometerse en ciertas conductas, aún a sabiendas de que es probable que éstas resulten en consecuencias negativas.

TEORÍAS DE ORIENTACIÓN COGNITIVA

Hacen referencia a la manera en que los adolescentes perciben las situaciones de riesgo. Elkind (1967) señala que, desde su egocentrismo, muchos adolescentes construyen “fábulas personales” en las que no se autoperciben como expuestos a ningún riesgo en particular, anulan el principio de realidad (citado en Rice, 2000). Al no percibir el riesgo como tal, actúan como si la realidad no existiera o no importara. Tienen una sensación de invulnerabilidad que los hace vivirse inmunes, especiales y mejores que los demás: “a mi no me va a pasar” (Gómez, 2000).

MODELOS SOCIOCULTURALES

Esta aproximación pone atención en variables como la familia, el grupo de pares, el papel de los medios de comunicación —especialmente la televisión—, las normas, los valores y las creencias del contexto cultural al que se pertenece.

Cardozo (2005b) y Griffiths (2000, citado en Ungar, 2005) mencionan que para poder establecer los niveles de vulnerabilidad es necesario tomar en cuenta que las conductas de riesgo tienen una diferente valoración social de acuerdo a la cultura y al periodo histórico; es de desde el entorno desde donde se define si una situación es riesgosa o no. Según Ungar (2005), la concepción del riesgo está guiada por el discurso de una cultura, de una psicología dominante —la occidental— que determina quienes son los “sanos” y quienes los anormales (desviados), quienes los peligrosos y los delincuentes, en función de la aceptabilidad social percibida de la conducta de las personas. Tanto la enfermedad como el riesgo son construcciones sociales.

Cardozo (2005b) considera que la aceptación social puede minimizar el riesgo, tal es el caso de los juegos o deportes extremos, pues quienes los practican son considerados como personajes heroicos y ejemplos a seguir.

PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGIA SOCIAL Y DEL DESARROLLO

Jessor (1999) propuso una aproximación alternativa a la estudio del riesgo en los adolescentes. Se trata de una perspectiva con orientación interaccionista, que toma en cuenta las relaciones entre los atributos individuales/personales con los atributos sociales/contextuales. Esta visión propone el estudio de las conductas de riesgo en los jóvenes a partir de variables como: biológica/genética, ambiental-social, la referida a la percepción del medio, la de la personalidad del sujeto y la de la conducta manifiesta. También sostiene que estas fuentes deben analizarse en relación con las demás, pues constituyen una red causal. Según Jessor, la revisión aislada no puede tener un peso contundente porque es una investigación incompleta que difícilmente puede tener un efecto directo en las conductas de riesgo. En general, pone atención tanto en la persona como en el contexto.

La mayoría de las propuestas que se mencionan se distinguen porque ponen mayor énfasis en algún aspecto en particular, ya sea lo psicológico, lo cultural, lo cognitivo; con excepción de Jessor, quien toma una postura más integradora, que se acerca más a la comprensión del riesgo en los adolescentes y a la de cualquier proceso psicosocial. A pesar de sus diferencias, estas aproximaciones coinciden en que se centran en la enfermedad, en los síntomas, en la identificación de condiciones adversas que provocan los factores de riesgo y sus consecuencias sobre el desarrollo de los adolescentes.

En 1990, Dryfoos (citada en Florenzano, 1998) propuso que el **enfoque de riesgo** obedece a una secuencia que comienza con los factores antecedentes —características sociodemográficas, factores personales, familiares comunitarios y del contexto sociocultural— que pueden provocar conductas arriesgadas, las cuales a su vez producirán consecuencias importantes y negativas en las personas, además de un gran costo social (fig. 1).

Antecedentes → Conductas de riesgo → Consecuencias
(Factores de riesgo)

1. Esquema causal sobre conductas de alto riesgo (Tomado de Florenzano, 1998).

Cardozo (2005a) plantea que las consecuencias adversas sólo tienen lugar cuando los factores de riesgo actúan de manera simultánea y acumulativamente, aunque no es una situación obligada e irreversible.

Munist et al. (1998) observaron que los factores de riesgo pueden estar concentrados en una persona, y que hay que distinguir a estos sujetos de aquéllos que buscan y generan situaciones de riesgo a través de comportamientos que aumentan reiteradamente.

Jesser (1999) considera que los factores de riesgo no aparecen de manera aislada sino que aparecen en forma de patrones o estilo de vida personal que son el reflejo de una manera de estar en el mundo. Algunos autores (Munist y Suárez, 2004; Jesser, 1999), sostienen que el comportamiento puede considerarse un factor de riesgo, aunque puntualizan que un mismo comportamiento puede favorecer o perjudicar el desarrollo psicosocial de un adolescente.

Bonino, Cattelino y Ciairano (2005) definen las conductas de riesgo como todos aquellos comportamientos que de manera indirecta pueden comprometer el bienestar social y psicológico del adolescente, así como su salud física en el presente y a largo plazo. Dryfoos (citado en Florenzano, 1998) define estas conductas como “la mayor probabilidad (riesgo) de que se produzcan consecuencias negativas para la salud” (pág. 101).

Burak (1998, citado en Cardozo y Dubini, 2005) sostiene que algunas conductas de riesgo en la adolescencia pueden conducir a un daño inmediato, tal es el caso de una muerte producida por una sobredosis de droga. En cambio, existen otras cuyos efectos sólo se observan con el paso del tiempo, por ejemplo: fumar puede acarrear cáncer de pulmón.

Garfinkel y Garner (1982, citados en Unikel, 2003) agruparon una serie de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de las conductas de riesgo. Los predisponentes o de riesgo son aquellas condiciones individuales, psicosociales y socioculturales que favorecen la aparición de la enfermedad. Los factores precipitantes —generalmente se trata de estresores externos— se refieren a los hechos que desencadenan o marcan el inicio del trastorno. Los factores mantenedores son aquellos que independientemente de las características individuales y psicosociales de la persona, perpetúan el proceso morboso y lo vuelven crónico.

En general, Casullo (1998) considera como riesgosos comportamientos relacionados con:

- Uso de tabaco.
- Problemas con la alimentación.
- Consumo de alcohol.
- Consumo de drogas.
- Actitudes e ideaciones suicidas.
- Accidentes no intencionales.
- Delincuencia.
- Violencia.
- Embarazo adolescente.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Abandono del hogar paterno.
- fracasos en los aprendizajes escolares.
- Episodios depresivos.

Aunque ya se ha hablado de la adolescencia como un grupo vulnerable, las conductas de riesgo no se presentan con la misma frecuencia entre los adolescentes de una población dada, sino que es un subgrupo que presenta varias características de riesgo de manera simultánea: son los mismos adolescentes que consumen drogas, los que tienen actividad sexual precoz, los que presentan conductas sociales desviadas y los que tienen bajo rendimiento

escolar (Cardozo, 2005b; Florenzano, 1998). Por lo tanto las conductas de riesgo son comunes a diferentes problemáticas.

Jesser (1999) propuso que las conductas de riesgo no son necesariamente irracionales o patológicas, sino que cumplen una función que está relacionada con la satisfacción de algunas de las necesidades psicosociales propias del desarrollo adolescente normal: independencia; anticipación de experiencias de fracaso; afrontamiento de situaciones de ansiedad y frustración; lograr la estructuración del self; afirmación de las ideas; demostrar que han dejado de ser niños y que pueden hacer cosas que hacen los adultos, fumar, por ejemplo; lograr la aceptación del grupo de pares; cuestionar los valores tradicionales o transgredirlos, el uso de drogas es una conducta frecuente; la experimentación de nuevas sensaciones o estados de conciencia, también relacionada con el consumo de drogas; la sexualidad y manejar de manera riesgosa son factores asociados a la consolidación de una identidad adulta, autónoma. Bonino, Cattelino y Ciarino (2005) consideran que las conductas de riesgo pueden convertirse en una vía para tratar de ganar originalidad, diversidad y así oponerse a la estandarización que imponen las demandas de consumo; lo cual es una ilusión porque es el mercado mismo quien promueve el consumo legal y el ilegal para obtener ganancias directa o indirectamente. Bajo la óptica de Jessor, las conductas de riesgo pueden ser el único camino que los adolescentes encontraron para lidiar con las tareas propias de la etapa en un contexto específico; en esta medida cumplen un papel importante en el tránsito de la adolescencia a la etapa adulta y no deberían considerarse totalmente negativas.

Entonces, ¿cuándo se considera que un adolescente está en riesgo? Gómez (2000) manifiesta la necesidad de discernir las conductas arriesgadas habituales del periodo, de aquéllas que realmente colocan al adolescente en **situación de riesgo**. Esta última se conforma cuando una respuesta emergente ligada a algún trastorno de personalidad relacionado con baja autoestima, sentimientos de tristeza, soledad, impulsividad, etcétera, se suma a una conducta de riesgo para configurar un patrón de respuesta patológico — Sofronoff, Dalgliesh y Kosky (2005) señalan que la mayoría de los intentos

suicidas ocurren en conjunción con un desorden mental; depresión, problemas de conducta y desórdenes relacionados con el abuso de sustancias, frecuentemente anteceden a la conducta suicida—. Otro indicador es que, cuando forman parte del desarrollo normal, son conductas transitorias, a diferencia del desarrollo patológico, que se caracteriza por conductas que persisten a través del tiempo (Bonino, Cattelino y Ciarino 2005).

Hasta este punto, la revisión de la literatura permite observar que con cierta frecuencia se alude a los factores y a las conductas de riesgo de manera prácticamente indistinta —evidencia de la vaguedad con que se emplean no pocos términos de uso común en la investigación—. Si bien ambos comprometen el proyecto de vida, el bienestar personal o de otros (como se observa en la fig. 1), los factores de riesgo son características o cualidades que pueden conjuntarse en un individuo y que anteceden a la aparición de las conductas, mientras que éstas tienen que ver con una disposición de los factores precedentes, de tal manera que el resultado es un tipo particular de conducta. Es importante detenerse un momento y, aunque no esclarecer, por lo menos sí considerar el asunto porque como indican algunos autores (Gómez, 2000; Munist et al., 1998), es a partir de la interacción de los factores que los adolescentes resuelven qué grado de riesgo “asumirán” en sus respuestas adaptativas. En esta lógica, son los propios adolescentes quienes, de manera reflexionada, generan o se colocan en riesgo. Cosa que no ocurriría con los factores de riesgo, que más bien obedecerían a recursos internos y externos que no están sujetos a la voluntad personal. Planteamiento similar al de Dryfoos (citada en Florenzano, 1998), para quien las conductas de riesgo serían efecto de una suma de factores y de situaciones precipitantes, más que de decisiones.

Hay un elemento interesante en esta última noción: se reconoce un papel activo de los adolescentes en su desarrollo. En su esfuerzo por encontrar la propia identidad y distinguirse de los adultos, son los mismos adolescentes quienes se afilian a algún grupo en particular, se aproximan a aquéllos que piensan y actúan como ellos, pues también buscan diferenciarse de otros grupos de jóvenes (Bonino, Cattelino y Ciarino 2005). Jessor (1999) reconoce

que la elección depende tanto de las características personales como de las oportunidades que ofrece el contexto social, no sólo de una reproducción mecánica de los modelos ecológicos ofrecidos. El adolescente es concebido más un protagonista que un receptor. Esta idea, que apela a la acción del individuo, será retomada en el concepto de resiliencia.

Las nuevas tendencias en salud han dejado a un lado, como objetivo principal, identificar los factores que pueden predecir significados negativos. El propósito inicial de reconocer cuáles eran los factores de riesgo era hacer predicciones, sin embargo los investigadores se dieron cuenta de que muchas veces los pronósticos no se cumplían y la enfermedad nunca aparecía. Rutter (1985, citado en Walsh, 2004) señaló que ninguna combinación de factores de riesgo, independientemente de su gravedad, origina un trastorno significativo en más de la mitad de los niños expuestos a ellos.

Otra crítica a este enfoque es que los factores de riesgo no son inamovibles, se presentan en un momento y en una situación específicos, los cuales pueden modificarse por ejemplo: un problema familiar resuelto. Dishion (2002, citado en Reyes, 2007) menciona que el impacto de los factores de riesgo cambia con la edad; los factores de riesgo familiar tienen mayor impacto en los niños pequeños, mientras que la vinculación con compañeros consumidores de drogas es un factor de riesgo más importante para los adolescentes.

El foco de atención cambió de los factores negativos a los factores positivos, con la idea de brindar una visión más estructurada de los comportamientos de los adolescentes. Esta propuesta ha producido cambios significativos en el campo de la prevención. Bonino, Cattelino y Ciairano, (2005) plantean que lo importante no sólo es identificar factores de riesgo, sino la manera en que éstos se interrelacionan para crear los estilos de vida riesgosos y por supuesto tomar en cuenta la forma en que un individuo interactúa con su ambiente porque finalmente, el nivel de riesgo en que se encuentra una persona es el resultado de la combinación de riesgo y protección (Jesser, 1999). Lo que debe buscarse es la función que cada conducta de riesgo tiene y promover otras conductas, más saludables, que puedan cumplir la misma finalidad.

1.2. FACTORES DE PROTECCIÓN Y RESILIENCIA

Como se viene apuntando, hablar de riesgo también es hablar de los mecanismos que logran proteger al individuo durante las situaciones de adversidad. Con el surgimiento de un nuevo paradigma, cuyo planteamiento representa el cambio de un modelo dinámico de la enfermedad a un modelo focalizado en el desarrollo sano del ser humano, ha emergido la necesidad de reelaborar el concepto de protección.

Munist et al. (1998) propusieron el *modelo de desafío* el cual sostiene que las fuerzas negativas no encuentran a un sujeto inerme e inevitablemente condenado a sufrir daños permanentes. Por el contrario, admite la existencia de escudos protectores que contrarrestan los efectos nocivos y en ocasiones transforman los daños o riesgos en factores de superación de la situación estresante.

Cardozo y Dubini (2005) definen a los factores protectores como “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” (pág. 49). Jessor (1999) los define como “aquellos recursos personales, sociales e institucionales que promueven el desarrollo exitoso del adolescente o que disminuyen el riesgo de que surja un desarrollo alterado” (pág. 103). Son características detectables en una persona, familia o comunidad, que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o recuperación de la salud y que, en términos generales, reducen la vulnerabilidad y los efectos de las conductas de riesgo.

Florenzano (1998) compara los factores protectores con las vacunas, en el sentido de que inmunizan —que no eliminan— a un agente patógeno y consiguen una protección que evita o atenúa el deterioro provocado por los factores de riesgo.

Munist et al. (1998) consideran que pueden identificarse factores de protección externos (se refieren a las condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños: apoyo de un adulto, integración social y laboral), y factores internos (se refieren a los atributos del sujeto: autoestima positiva, confianza en sí mismo, asertividad, empatía). Ambos aspectos se encuentran en constante interacción.

Rutters (citado en Cardozo y Dubini, 2005) señala que los factores protectores no necesariamente se viven como experiencias positivas. Un evento displacentero y potencialmente peligroso, que puede sensibilizar frente a futuras experiencias de estrés, también puede actuar como factor de protección al fortalecer al individuo cuando se enfrenta a otros eventos parecidos. Este autor considera que, a diferencia de las experiencias positivas, los factores protectores incluyen un componente de interacción; esto significa que dichos factores manifiestan sus efectos ante la presencia posterior de algún estresor —más que de manera directa o inmediata—, entonces modifican la respuesta del sujeto, haciéndola mucho más adaptativa. Además de que dentro de los factores protectores no sólo se ubican las experiencias sino las características o cualidades personales capaces de contrarrestar el riesgo.

Entre los factores de protección más frecuentemente encontrados en la literatura se pueden mencionar (en general, no para un comportamiento específico):

- Una relación estable por lo menos con un padre u otro adulto significativo;
- Redes sociales dentro y fuera de la familia;
- Clima educativo abierto y orientador, con normas y valores claros;
- Modelos sociales —representados por padres, hermanos, profesores, amigos, etcétera— que valoren el enfrentamiento positivo de los problemas;
- Competencias cognitivas (nivel intelectual promedio, destrezas de comunicación, empatía, capacidades de planificación realista);

- Características temperamentales que favorezcan el enfrentamiento efectivo (flexibilidad, orientación optimista a los problemas, capacidad de reflexionar y controlar los impulsos, capacidades verbales adecuadas para comunicarse);
- Experiencias de autoeficacia, con locus de control interno, confianza en sí mismo y autoconcepto positivo;
- Actitud proactiva frente a sucesos de vida estresantes;
- Experiencia de sentido y significado de la propia vida (Florenzano, 1998).

La identificación de los elementos protectores fue el interés fundamental en las primeras investigaciones que buscaron renovar la aproximación tradicional (de riesgo). El fin era descubrir las cualidades personales que estaban en la base de la adaptación positiva de los niños que fueron capaces de superar las condiciones de adversidad en las que crecieron: ¿qué distinguía a aquellos niños que lograban adaptarse positivamente de aquéllos que presentaban problemas psicológicos o desadaptación social?

Conforme se aplicó este enfoque se hizo evidente que el conocimiento de los recursos internos de cada persona resultaba insuficiente para explicar los fenómenos de su desarrollo. Entonces se amplió el foco de atención y se puso igual acento en los factores internos (autoestima, autonomía, etcétera) y en los factores externos (nivel socioeconómico, estructura familiar, presencia de un adulto cercano, etcétera). En este contexto nació una nueva concepción teórica: la *resiliencia*.

El término resiliencia proviene de la metalurgia y de la ingeniería civil, se utiliza para describir la propiedad de algunos materiales de recuperar su forma original después de haber sido sometidos a una presión deformadora (Munist et al., 1998).

Luthar y Zingler (1991, citados en Melillo, Estamatti y Cuestas, 2005) definen la resiliencia como la “historia de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes;

además implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad a futuros estresores” (pág. 85). Según Munist et al. (1998), es “la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas” (pág. 9). La resiliencia remite a una combinación de factores que permiten a un ser humano afrontar y superar las adversidades de la vida (Suárez, 1995 en Melillo, Estamatti y Cuestas, 2005). Rutter (1991 en Infante, 2005) entiende la resiliencia como:

Una respuesta global en la que se ponen en juego los mecanismos de protección, entendiendo por éstos no la valencia contraria a los factores de riesgo, sino aquella dinámica que permite al individuo salir fortalecido de la adversidad, en cada situación específica y respetando las características personales” (pág. 34).

Bernard (1999, citado en Infante, 2005) la concibe como un proceso dinámico en el que la interacción de las fuerzas ambientales e individuales permiten la adaptación del sujeto a pesar de las condiciones hostiles.

Todas las definiciones anteriores hacen referencia a una habilidad para resistir la destrucción o resurgir de la dificultad y acceder a una vida provechosa y significativa, sin embargo el concepto de resiliencia se ha matizado a lo largo de su historia. Conforme avancemos se irán precisando los motivos y la dirección que ha tomado dicha noción; aunque de entrada se puede afirmar que la resiliencia no puede ser un concepto universal porque, si bien se trata de una capacidad humana, adquiere características propias en cada contexto cultural, pues cada cultura tiene sus propias expectativas de desarrollo normal. Como afirma Jessor (1999), los factores de riesgo y protección varían dependiendo de las particularidades étnicas y las diferencias socioeconómicas.

Las dos últimas definiciones (Rutter y Bernard) añadieron un elemento que no está presente en el resto de las exposiciones: la dinámica entre los factores. Esto da cuenta de una concepción distinta, además de que permite notar que la resiliencia no es un concepto acabado ni concensuado, se está rehaciendo a la luz de los descubrimientos más recientes y de las cambiantes condiciones

sociales. Situación que se refleja en un marco conceptual impreciso que es indispensable se coloque en el centro de las investigaciones futuras.

Infante (2005) distingue diferentes perspectivas de resiliencia. El modelo triádico de la resiliencia — en el que se insertan las primeras definiciones mencionadas en este texto— consiste en organizar los factores resilientes (de protección) y los de riesgo en tres grupos diferentes: los individuales, los familiares y las características de los ambientes sociales. Otra aproximación es ésta en la que se entiende la resiliencia como un proceso que involucra la dinámica entre los mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales, entre los factores de riesgo y resiliencia. Concebir la resiliencia como un proceso tiene implicaciones teóricas y prácticas importantes, ya que identificar las fuentes de adversidad o defensa no proporciona ninguna explicación contundente, pues se considera que el trasfondo se encuentra en la manera en que las variables (familiares, bioquímicas, fisiológicas, cognitivas, afectivas, biográficas, socioeconómicas, sociales y/o culturales) interactúan entre sí.

Rutter (citado en Cardozo y Dubini, 2005) refiere que la protección no radica en los fenómenos psicológicos del momento, sino en la manera como las personas hacen frente a circunstancias estresantes o desventajosas, a los cambios de la vida. Así, es necesario prestar atención a los procesos de desarrollo que incrementan las habilidades de las personas para enfrentarse a situaciones específicas de estrés y adversidad futuras, y superar las secuelas que dejaron los riesgos psicosociales pasados.

Otro aspecto importante es, como señalan Melillo, Estamatti y Cuestas (2005), que la resiliencia no es un rasgo de personalidad, no se nace resiliente ni se adquiere “naturalmente” en el desarrollo. Es el resultado de la interacción entre la persona y su entorno. La resiliencia no es una tarea individual, involucra a la familia, la escuela, la comunidad y la sociedad, quienes tienen la responsabilidad de ofrecer alternativas de desarrollo viables.

Si la resiliencia es un proceso interactivo, es fácil deducir que no puede ser estable. Una persona no puede estar resiliente de manera permanente ni en

todos los aspectos del desarrollo (Munist et al., 1998). La adaptación positiva uniforme no ocurre ni siquiera en los casos de desarrollo “normal”. Hasta la persona más resistente puede tener desajustes cuando la presión es muy fuerte, por lo que se habla de que una persona, más que ser, está resiliente. Al ser una capacidad dinámica, la resiliencia puede ser estimulada en todas las etapas del ciclo vital y en áreas definidas.

Suárez Ojeda (1997, citado en Infante, 2005) plantea una serie de atributos cuyo desarrollo considera importante promover porque se encuentran en la base de este proceso, se les conoce como *pilares de la resiliencia*. Entre ellos cabe mencionar:

- a) Introspección: implica la capacidad de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta. Esta última sólo es posible cuando se consigue un equilibrio entre el yo y el superyó-ideal del sujeto.
- b) Independencia: se relaciona con la posibilidad de marcar límites físicos y emocionales entre uno mismo y el medio o las personas problemáticas, sin caer en el aislamiento.
- c) Capacidad de relacionarse: habilidad para establecer vínculos satisfactorios con otras personas.
- d) Iniciativa: gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más demandantes.
- e) Humor: encontrar la parte positiva o cómica de una situación trágica; es una manera de no constreñirse al sufrimiento sin desconocer la realidad.
- f) Creatividad: capacidad de crear orden y belleza a partir del caos. Tiene que ver con la producción de nuevos conceptos, hipótesis y posibilidades de acción a partir de los recursos disponibles para generar condiciones de satisfacción en el mundo.
- g) Moralidad: consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y capacidad de comprometerse con un sistema de valores.
- h) Autoestima consistente: el amor a sí mismo está en la base de los demás pilares y es el fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por parte de un adulto significativo.

MODELO PARA PROMOVER RESILIENCIA

Con una visión integradora, por la misma línea que Jessor, LeBlanc, Talbot y Craig (2005) propusieron el *modelo del desarrollo juvenil positivo*. Su perspectiva es la de persona en ambiente o contexto, en la que el desarrollo adolescente depende de características intrínsecas; las influencias sociales de la familia, los pares y otras relaciones; y los valores y los parámetros de la comunidad y la cultura del adolescente. De acuerdo con esta visión, el desarrollo exitoso de los jóvenes depende de la regulación adaptativa de la persona y el contexto. Se considera que lo importante no es la ausencia de conductas negativas sino la presencia de un desarrollo positivo. Esta perspectiva se conceptualiza por las “cinco Cs”: competencia, confianza, carácter, conexión social y cuidado o compasión, que son consideradas como respuestas saludables, que tienden al desarrollo positivo y se oponen a conductas como: relaciones sociales caracterizadas por el abuso y la manipulación, ausencia de integridad, etcétera.

Cardozo y Dubini (2005) consideran que para desarrollar modelos más sólidos, que realmente puedan fortalecer la instancia yoica del adolescente, es preciso focalizar los esfuerzos en el análisis de los mecanismos y los procesos protectores más que en las variables y factores, por ejemplo: más que centrarse en la presencia o no de autoestima, hay que entender como es que esta característica actúa para favorecer el enfrentamiento positivo del problema. Sin dejar de lado que la actitud de colaboración y de respeto por la decisión del adolescente, son indispensables para que éste pueda participar conscientemente en la construcción de su propia resiliencia.

CAPÍTULO 4

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES

De acuerdo con Puentes, López y Martínez (2004), los factores de riesgo suicida pueden dividirse en fijos y modificables. Entre los fijos se pueden mencionar: el intento de suicidio previo, los factores genéticos, los de género, los de edad y los de etnia, el estado civil, la situación económica y la preferencia sexual (factores sociodemográficos). En cambio, los factores de riesgo modificables son, principalmente, la ansiedad y la depresión, la interrupción de tratamientos médicos, el aislamiento social, las enfermedades crónicas y el acceso a los medios para cometer suicidio.

Sin embargo, como se ha revisado desde el capítulo anterior, la conducta suicida es el resultado de la combinación de los factores de riesgo y protección individuales, familiares y sociales. Bajo esta lógica, lo importante es explorar las relaciones que estos mantienen entre sí.

Aunque se tratará de hacer una revisión de los diferentes factores de manera aislada —por motivos teóricos y pedagógicos—, hay que tener muy claro que ninguno de ellos, por sí solo, puede impactar en el riesgo suicida. Por la complejidad del tema, no se trata de una revisión exhaustiva, estará centrada en los factores que han recibido más atención en la literatura.

4.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

GÉNERO

Muchos estudios señalan la relevancia del género como un factor de riesgo para las conductas suicidas y la depresión. Todos concluyen que las chicas adolescentes tienen mayor tendencia que los muchachos a estar deprimidas, presentar pensamientos y tentativas de suicidio (Casullo, 2000; Fergusson, Woodward y Horwood, 2000; González et al., 2002; Groleger, Tomori y Kocmur, 2003; Man, Leduc, Labrèche-Gauthier, 1993); mientras que los

adolescentes hombres están más propensos al suicidio consumado (Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela, 2000; Sofronoff, Dalglish y Kosky, 2005).

Los estudios epidemiológicos indican que los hombres se suicidan más que las mujeres en una proporción de 5:1 en todos los rangos de edad; en tanto que ellas realizan más intentos en la misma proporción (Gutiérrez, Contreras y Orozco, 2006).

Allison, S., Roeger, L., Martin, G. y Keeves, J. (2001) trabajaron con un grupo de estudiantes para analizar la relación entre los síntomas depresivos y la ideación suicida entre hombres y mujeres adolescentes. Como esperaban, la relación positiva entre la sintomatología depresiva moderada y la ideación suicida fue comprobada una vez más. Otros resultados hallados fueron que las adolescentes (27%), reportaron ideación suicida con más frecuencia que los muchachos (19%), lo cual explican, sólo en parte, por el hecho de que las mujeres obtuvieron niveles más altos de depresión; ya que, incluso cuando presentan niveles de depresión (moderados) similares a los de los adolescentes, éstas son más susceptibles a los pensamientos suicidas.

Leslie et al. (2002) sostienen que los hombres presentan síntomas de abuso de sustancias y desórdenes de la conducta con mayor frecuencia, a diferencia de las chicas, quienes muestran síntomas de depresión y ansiedad. Fócil (2004), en su estudio para comparar el grado de depresión con el grado de impulsividad en los adolescentes con intento suicida, encontró que los varones presentan mayor impulsividad que depresión. Prigerson y Slimack (1999 citados Field, Diego y Sanders 2001) afirman que los adolescentes hombres presentan mayor riesgo suicida si son agresivos, mientras que las mujeres presentan mayor riesgo cuando están deprimidas.

También se observa una distinción entre los métodos utilizados conforme al género. Las mujeres comúnmente recurren al envenenamiento por ingestión de pesticidas o fármacos (analgésicos, neurofármacos y narcóticos, entre otros), mientras que en los hombres son más reiterados el ahorcamiento y el uso de

armas de fuego (Puentes, López y Martínez, 2006). Estos autores plantean que las diferencias de los métodos utilizados podrían estar relacionadas con la disponibilidad de los medios para efectuar el suicidio.

Para Basurto (2005), las diferencias de género posiblemente se expliquen, más que por accesibilidad, por una elección del método —más contundentes en los hombres— y por la mayor recurrencia del trastorno de conducta y el riesgo que éste implica en los chicos.

EDAD

Según la OMS (1994), los habitantes de las zonas urbanas y los jóvenes, de entre 15 y 24 años, son los grupos poblacionales de mayor riesgo suicida en el continente americano (citada en González, Berenzon, Tello, Facio, y Medina, 1998). En el caso de México, Puentes, López y Martínez (2004) realizaron un estudio para describir la mortalidad por suicidios para el 2001, así como los principales cambios en los métodos de suicidio y en la estructura por edades y sexos, a escala nacional y por entidad federativa. Entre sus hallazgos cabe mencionar que, entre 1990 y 2000, la tasa por suicidios se duplicó en el grupo de 11 a 19 años, con un incremento todavía más marcado entre las mujeres — 2.27 muertes por cada 100 000 habitantes—.

Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela (2000) sugieren que hay una diferencia en el riesgo suicida entre los adolescentes tempranos y los tardíos, siendo estos últimos más susceptibles al suicidio — Emond et al. (1988, citado en Man, Leduc y Labrèche-Gauthier, 1993) hablan concretamente de un predominio de ideación suicida entre los adolescentes mayores—. Dichos autores proponen tres explicaciones a partir de los hallazgos encontrados: 1) menor exposición al estrés y factores de riesgo: los adolescentes tempranos reciben mayor apoyo emocional y social porque son más dependientes de sus padres; 2) a menor edad menor prevalencia de trastornos de ánimo, y 3) factores madurativos: la capacidad de planear y llevar a cabo un acto suicida requiere un nivel de maduración no alcanzado por niños o adolescentes tempranos.

ORIENTACIÓN SEXUAL

La orientación sexual quizá también esté relacionada con mayor riesgo de suicidio entre los adolescentes y los adultos jóvenes (OMS, 2003). La homosexualidad y la bisexualidad son factores de riesgo para la ideación y los intentos suicidas (Li, 2005; Rutter y Behrendt, 2004). Los estudios realizados en los últimos 20 años coinciden al mostrar que las tasas de intento suicida son significativamente mayores (del 20 al 40%) entre los adolescentes homosexuales y bisexuales; además de que esta población también presenta una mayor prevalencia de abuso de sustancias, depresión y victimización.

No obstante, es preciso aclarar que no es la orientación sexual por sí misma la causa del incremento de conductas suicidas. El riesgo proviene del estrés o la incomodidad asociados a ésta. Rutter, en sus trabajos previos (1998, citado en Rutter y Behrendt, 2004), hizo notar que la orientación sexual, de manera independiente, no tiene ningún efecto en el riesgo suicida.

El proceso de darse cuenta y de aceptar la orientación sexual propia no sólo es un estresor inmediato, sino que el mismo adolescente puede estrechar sus opciones haciendo a un lado algunos recursos de afrontamiento, como el apoyo de familiares y amigos. El momento de revelar su sexualidad también puede tornarse difícil, no es raro que vaya acompañado de discordia familiar, rechazo y malestar por la decepción que la noticia provoca en algunos padres (Li, 2005). No hay que olvidar que los adolescentes son particularmente vulnerables a situaciones de aceptación y experiencias de rechazo porque se encuentran en un momento de su desarrollo en que su identidad personal y sexual se encuentra particularmente frágil (Berman y Jobes, 1991).

Otros factores que pueden favorecer las conductas suicidas en estos casos son: la discriminación, la intolerancia cultural y religiosa, el estrés en las relaciones interpersonales, las drogas, el alcohol, la ansiedad acerca de la infección por VIH y las limitadas fuentes de apoyo (OMS, 2003).

Los adolescentes que perciben apoyo de sus compañeros y familiares muestran menos riesgo, sin importar su orientación sexual (Rutter y Behrendt,

2004). La aceptación social de la comunidad gay y la eliminación de leyes discriminatorias, podrían ser medidas eficaces para modificar el rechazo hacia estos jóvenes.

NIVEL SOCIOECONÓMICO

De acuerdo con la OMS (2001), el bajo estatus socioeconómico (Fergusson, Woodward. y Horwood, 2000), el bajo nivel educativo (Basurto, 2005) y el desempleo son considerados factores de riesgo, puesto que coartan la participación social de los adolescentes, la satisfacción de sus necesidades y la realización de sus proyectos de vida, generándoles frustración e impotencia.

Una investigación realizada por Dubow, Kausch, Blue, Reed y Bush (1989, citado en Bird, 2005) mostró que los niños que cursaban del 7° a 12° (entre 12 y 17 años) y que provenían de un nivel socioeconómico bajo en los Estados Unidos, tenían mayor riesgo de ideación suicida y de intentos de suicidio. Este mismo autor cita un estudio más reciente (Agerbo, Nordentoft y Mortensen, 2002), en el que se evaluó la asociación entre el nivel socioeconómico de los padres y el suicidio consumado entre los hijos (entre 10 y 21 años). Advertieron que aunque el nivel socioeconómico tenía efecto, éste disminuía cuando se tomaba en cuenta la historia familiar de enfermedad mental y de suicidio. Los autores concluyeron que para una mejor valoración del riesgo de suicidio asociado con el bajo nivel socioeconómico es necesario ajustar otros factores, de lo contrario, se podría hacer una sobreestimación.

En un estudio retrospectivo realizado por Garnica (2003 citado en Basurto, 2005) en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, con una muestra que provenía de diferentes niveles socioeconómicos, se encontró que el grupo que mostró un puntaje más alto para intento suicida fue el nivel socioeconómico medio.

Como evidencian los trabajos mencionados, el efecto directo de la pobreza es cuestionable y tal vez sea más propicio abordar la pobreza como un contexto en el que surgen otros factores más directamente relacionados al riesgo suicida: aumento del conflicto parental o ruptura de la pareja, hostilidad entre

padres e hijos, disfunción familiar, ocurrencia de acontecimientos vitales estresantes, por mencionar algunos (Bird, 2005).

De cualquier manera, programas sociales que mejoren la educación, la nutrición, que proporcionen la vivienda adecuada y que, en general, mejoren la calidad de vida y las oportunidades para los jóvenes, podrían influir positivamente en el contexto desfavorable que, directa o indirectamente, incide en esta problemática.

CARACTERÍSTICAS ÉTNICAS

Se ha sugerido (OMS, 2001; Pérez, s.f.) que hay un riesgo acentuado de comportamiento suicida entre los adolescentes pertenecientes a grupos étnicos minoritarios (pueblos indígenas e inmigrantes). Entre las explicaciones se mencionan: las dificultades emocionales y lingüísticas a las que se enfrentan cuando entran en contacto con valores diferentes a los de su propia cultura, lo cual puede devenir en pérdida de la identidad. Además de la nostalgia por la tierra natal y sus costumbres, la infelicidad, la baja autoestima, la falta de amigos o familiares y el aislamiento.

Hay que resaltar que la cultura, el grupo étnico de procedencia, no son inherentemente factores de riesgo, sino que son las condiciones específicas las que pueden acarrear peligro: a) cuando hay un cambio cultural rápido y b) cuando hay contacto conflictivo entre dos culturas, especialmente si difieren en poder (García, 2005).

Sin embargo, la interpretación no es nada sencilla, aun cuando se trata de circunstancias particulares; investigaciones recientes sugieren que los adolescentes que forman parte de minorías étnicas expresan el riesgo suicida de manera diferente (Scouller y Smith, 2002 citados en Rutter y Behrendt, 2004).

Como expone García (2005), más que pertinente, es necesario reconsiderar los comportamientos y los valores de los grupos étnicos diferentes a los nuestros— a los de los grupos dominantes—; ya que sólo así se podrá llegar a una

aproximación más puntual a la manera en que los adolescentes que pertenecen a dichos grupos expresan y manejan su malestar.

4.2. FACTORES INDIVIDUALES

Sofronoff, Dalglish y Kosky (2005) definen los factores individuales como “aquellos factores que pueden haber existido e influenciado al niño a través del tiempo y que se han convertido en un parte intrínseca del carácter del adolescente” (pág. 23).

Para Puentes, López y Martínez (2006), las enfermedades mentales son las variables más estrechamente ligadas al suicidio. Se ha podido distinguir — mediante las autopsias psicológicas— al menos uno de los diagnósticos psiquiátricos basados en el DSM IV, hasta en el 90% de las personas que se suicidaron. De acuerdo con Gould et al. (1998 citados en King et al., 2001), la presencia de desórdenes psiquiátricos, como los trastornos depresivos o de ansiedad, es un factor de riesgo importante para el intento y el suicidio consumado en niños y adolescentes. No obstante, “La enfermedad psiquiátrica es una condición necesaria —pero no suficiente— para el suicidio” (Berman y Jobes, 1991, pág. 89).

La presencia de enfermedad mental diagnosticable ha sido ampliamente abordada, sin embargo, hay otros factores individuales que también podrían cumplir un papel importante.

PRESDISPOSICIÓN GENÉTICA

En 1995, Pandey et al. (citados en Sofronoff, Dalglish y Kosky, 2005) realizaron un estudio con el propósito de explorar la posibilidad de encontrar un marcador biológico para la conducta suicida. Su hipótesis se centraba en la idea de un funcionamiento anormal de los neurotransmisores, ya que muchas de las víctimas de suicidio presentaban desórdenes con esta característica (depresión, esquizofrenia, alcoholismo). Los resultados de la investigación mostraron que los pacientes suicidas tenían mecanismos serotoninérgicos anormales (receptores platelet 5-HT_{2A}); incluso aquellos que no tenían

diagnóstico de trastorno psiquiátrico. De esta manera, dichos autores sugieren que existe una predisposición genética para las conductas suicidas.

Puentes, López y Martínez (2006) sostienen que quienes se suicidan tienen una historia familiar de actos suicidas de manera comparable a la predisposición para desarrollar otros trastornos como la enfermedad bipolar o la esquizofrenia. Sorenson y Rutter (1991 en Marcenko, Fishman y Friedman, 1999) validan la importancia de la correlación entre la ideación suicida y la historia familiar de intentos de suicidio.

Brent et al. (1996 citados en Sofronoff, Dalgliesh y Kosky, 2005), encontraron resultados similares. Realizaron un estudio con víctimas de suicidio adolescente, en el cual encontraron que la conducta suicida parecía transmitida dentro de las familias independientemente de las condiciones psiquiátricas. También plantearon que esos adolescentes tenían mayor tendencia a manifestar conductas agresivas.

Según Roy y Segal (2001 citados en Puentes, López y Martínez, 2006), la tasa de concordancia entre el suicidio y los intentos suicidas es mayor entre los gemelos monocigóticos que entre los dicigóticos. Además de que el suicidio es frecuente en niños adoptados provenientes de padres biológicos suicidas, a pesar de las diferencias en el ambiente familiar.

Una hipótesis es que el riesgo puede estar relacionado con la inhabilidad para controlar el comportamiento impulsivo (Fócil, 2004; Grosz, Zimmerman y Asnis, 1995). “Un deterioro del funcionamiento de las neuronas que contienen serotonina en la corteza prefrontal del cerebro puede ser una causa subyacente de la menor capacidad de una persona para resistir los impulsos de dejarse llevar por pensamientos suicidas” (Van Praag, 2000 citado en OMS, 2003, pág. 211).

DESÓRDENES AFECTIVOS

Uno de los mejores predictores de las conductas suicidas, y concretamente de la ideación suicida, es la enfermedad afectiva (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004;

Fergusson, Woodward. y Horwood, 2000). Especialmente cuando la enfermedad es severa, crónica y/o cuando ocurre en presencia de otros problemas como desórdenes de la conducta o abuso de sustancias (Nelly et al., 2002 en Sofronoff, Dalgliesh y Kosky, 2005).

Linehan y Shearin (1988, en Villardón, 1995), consideran a los trastornos afectivos como un estresor, que, aunado a otros factores de vulnerabilidad como la falta de habilidad para resolver problemas, la falta de esperanza en el futuro y la baja tolerancia al malestar, aumentan considerablemente el riesgo de conducta suicida.

Existe evidencia de que los individuos inestables emocionalmente utilizan las conductas suicidas con el propósito de controlar sus emociones; especialmente los adolescentes hombres, ya que, como presentan menores niveles de labilidad emocional que las chicas, están menos familiarizados y desarrollan menos estrategias para afrontar tales fluctuaciones. En consecuencia, tienden a implicarse en conductas de riesgo, colocándose en un mayor riesgo de conductas suicidas futuras. (Zlotnick et al., 1997 en Witte, Fitzpatrick, Joiner y Shmidt, 2005).

DEPRESIÓN

La depresión es el desorden mental más comúnmente asociado con la conducta suicida en adolescentes (Sofronoff, Dalgliesh y Kosky, 2005; Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela, 2000; Fergusson, Woodward. y Horwood, 2000). Se piensa que interviene aproximadamente en el 65%-90% del total de suicidios relacionados con las enfermedades psiquiátricas (Blumenthal, 1988 en OPS, 2003).

Según Sofronoff, Dalgliesh y Kosky (2005), es más probable que los adolescentes con intentos suicidas tengan una historia de depresión que aquellos que no lo han intentado. Field, Diego y Sanders (2001) mencionan que los estudios longitudinales dan muestra de que la depresión es el predictor más común de ideación e intentos suicidas, además de que estos últimos se

vuelven indicadores de subsecuente depresión. Aunque Berman y Jobes (1991) plantean que la depresión está particularmente asociada con la ideación, no así con otras conductas suicidas. Asimismo sugieren que dicha relación no es directa, está mediada por la desesperanza y las estrategias de afrontamiento.

Groleger, Tomori y Kocmur (2003) realizaron una investigación cuyo interés era evaluar la frecuencia de los pensamientos de suicidio y su relación con otros factores de riesgo asociados a la conducta suicida en estudiantes de preparatoria eslovacos. Sus resultados mostraron mayores niveles de depresión y una autoestima más pobre —en los adolescentes de ambos sexos— en aquellos que presentaron ideas de suicidio durante el último mes.

Otro estudio reciente es el llevado a cabo por Sun, Hui y Watkins (2006), quienes trabajaron con 433 adolescentes chinos con el objeto de indagar las relaciones simultáneas entre relaciones familiares (conflicto, cohesión y expresividad), apoyo escolar y apoyo de los pares; así como el papel mediador que juegan la autoestima y la depresión en la ideación suicida. Los resultados mostraron que los conflictos familiares no tienen un efecto directo sobre la ideación suicida, es la depresión la que actúa como mediadora. Esto significa que cuando los adolescentes perciben el conflicto y la baja cohesión de sus familias se sienten indefensos y deprimidos; sentimientos que pueden convertirse en ideas de suicidio como una manera de enfrentar dichos problemas. Lo anterior concuerda con las observaciones de Kosky, Silburn y Zubrick (1986 citados en Berman y Jobes, 1991): las personas deprimidas con ideación suicida tienen relaciones intrafamiliares más alteradas que las que únicamente presentan síntomas depresivos.

Sin embargo, la interpretación de la correspondencia entre la depresión y la conducta suicida es problemática. De acuerdo con la OMS (2001):

A pesar de que algunos síntomas o trastornos depresivos son comunes entre los jóvenes suicidas, no necesariamente la depresión es concomitante ya sea con los intentos suicidas o con los pensamientos

suicidas. Los adolescentes pueden matarse sin estar deprimidos y pueden estar deprimidos sin matarse (pág. 6).

Si se toman en consideración los datos epidemiológicos, es posible darse cuenta de que la gran mayoría de los jóvenes deprimidos no son suicidas (Berman y Jobes, 1991), y que aunque la morbilidad depresiva es más recurrente en las chicas, son los varones los que más se suicidan (Clemente y González, 1996). Es oportuno resaltar que el suicidio y la depresión no son equivalentes.

La depresión no es la única influencia en los comportamientos suicidas. Algunos estudios han distinguido una relación significativa entre conducta suicida y otros trastornos no depresivos como las conductas antisociales y el uso de alcohol y drogas, desórdenes que a su vez están asociados con depresión en gente joven (Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela, 2000). Por su reiterada coexistencia con otros factores de riesgo, es importante tener cautela cuando se afirma que la depresión es el mejor predictor independiente de manifestaciones suicidas (Sofronoff, Dalgliesh y Kosky, 2005).

DESORDEN DE CONDUCTA

Un estudio cuyo propósito fue buscar los predictores de la conducta suicida en los adolescentes que habían tenido anteriormente un diagnóstico de depresión mayor, encontraron que los problemas de conducta eran un predictor de suicidalidad más fuerte que la depresión (Sofronoff, Dalgliesh y Kosky, 2005). Berman y Jobes (1991) también coinciden en que el rol de los desórdenes de conducta en los adolescentes puede ser incluso más importante que la depresión.

Shafii et al. (1985 citados en Berman y Jobes, 1991) hallaron que el 70% de los sujetos a quienes realizaron autopsias psicológicas mostraron comportamiento antisocial (frente a un 2% del grupo control). Con frecuencia tenían problemas legales y se involucraban en diversas conductas antisociales, desde robos en centros comerciales hasta venta de drogas.

Los adolescentes con desorden de conducta hospitalizados son significativamente más suicidas que los pacientes con depresión mayor, incluso cuando están significativamente menos deprimidos (Grosz, Zimmerman y Asnis, 1995).

Pelkonen y Marttunen (2003) mencionan que los problemas de conducta y los grupos de síntomas que no cumplen los criterios de desórdenes de conducta son comunes entre los jóvenes y los niños suicidas, y con frecuencia aparecen en combinación con los síntomas depresivos y/o abuso de sustancias.

ABUSO DE SUSTANCIAS

El uso de alcohol y otras drogas ha sido correlacionado con el comportamiento suicida en adolescentes. La presencia de un diagnóstico de abuso de sustancias o desorden de conducta está asociada con un incremento del riesgo de intentos y suicidios consumados. La cuarta parte de los pacientes suicidas habían consumido alcohol o drogas antes del acto (OMS, 2001).

El uso y abuso de drogas y alcohol ha sido más comúnmente encontrado entre quienes completan el suicidio y los parasuicidas (Berman y Jobes, 1991). No obstante, Man, Leduc y Labrèche-Gauthier (1993) advierten que los ideadores generalmente consumen más alcohol y otras drogas que los que no presentan este tipo de pensamientos.

Se cree que los adolescentes que manifiestan ideación suicida tienden a reaccionar ante el estrés utilizando alcohol y otras drogas psicoactivas (Groleger, Tomori y Kocmur, 2003). Por otro lado, autores como Brent et al. (1988 citados en Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004) argumentan que la droga misma, por su capacidad de producir sentimientos de desesperanza e impotencia, podría ser causante de conductas suicidas. Además de que pueden actuar como precipitantes inmediatos por su efecto inhibitor (Shaffer, 1988 en González, 1996). Así, Puentes, López y Martínez (2006) relacionan el aumento en el consumo de drogas entre los jóvenes con el incremento de suicidios.

En el ámbito nacional, Medina-Mora et al. (1994 citados en González, 1996) llevaron a cabo una investigación con estudiantes de secundaria y bachillerato del Distrito Federal, con el propósito de revisar la relación entre ideación suicida y consumo de drogas. El estudio mostró que la ideación suicida aumenta en relación directa con la gravedad del patrón de consumo de alcohol, además de ser un importante factor de riesgo para el consumo de otras drogas. El riesgo no aumentó por la frecuencia con que los estudiantes usan las drogas ni a medida que se incrementa el número de tipos de drogas consumidas. Los resultados obtenidos evidencian la asociación entre el abuso de sustancias y la ideación suicida.

Otro aspecto considerable es la conexión entre el abuso de sustancias y la depresión, ya que con frecuencia la distinción de estos trastornos puede volverse confusa. El abuso de alcohol puede ocasionar depresión directamente o de forma veleada, mediante la sensación de fracaso —común entre las personas dependientes al alcohol— o como una forma de automedicación para aliviar los síntomas depresivos. Aparte de que el abuso del alcohol y la depresión podrían ser el resultado de estresores específicos presentes en la vida de las personas (OMS, 2006). Prinstein, Boergers, Spirito, Little y Grapentine (2000) encontraron que los síntomas de abuso de sustancias eran un importante predictor de ideación suicida vía síntomas depresivos en la muestra clínica que estudiaron. Lo anterior contrasta con otras evidencias; Kirkpatrick-Smith (1991 citados en Marcenko, Fishman y Friedman, 1999) realizaron una investigación con una muestra de estudiantes de preparatoria, concluyeron que el abuso de sustancias explicaba la varianza en los puntajes de ideación suicida independientemente de la depresión, la desesperanza y la falta de razones para vivir.

HOSTILIDAD

Hostilidad, irritabilidad, enojo intenso, impulsividad y acting out: son algunas de las manifestaciones recurrentes entre los adolescentes suicidas (Berman y Jobes, 1991; Gelder y López, 2004 citados en Basurto, 2005).

Ya en 1969, Shneidman (citado en Rutter y Behrendt, 2006) definía la autoagresión como hostilidad vuelta hacia el interior; por lo que ha sido asociada —como plantea el enfoque psicoanalítico— con un castigo dirigido a otra persona. Asimismo propuso que el dolor intenso, insoportable, que experimentan las personas con tendencias suicidas no necesariamente es consecuencia de la depresión. Otras emociones como la vergüenza, la culpa, la desesperación o la agresión podrían estar implicadas.

Zimmerman y Asnis (1995) reparan en que los adolescentes muy enojados u hostiles algunas veces pueden estar en mayor riesgo de suicidio que aquellos que muestran signos más tradicionales de depresión.

En 1993, Garrison (citado en Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela, 2000) estudió una muestra de 3,764 estudiantes de secundarias públicas en California; encontró que la conducta agresiva se asocia con conducta suicida (pensamiento, planeamiento o intento de suicidio durante el año previo al estudio). En base a los resultados obtenidos, Garrison señala que tanto la conducta suicida como la agresión son manifestaciones de un pobre control de impulsos.

Un modelo de suicidio y violencia sugiere que tanto las conductas suicidas como las violentas se basan en impulsos agresivos precedentes, los cuales pueden ser detonados por amenazas, retos, ofensas, pérdida de control y un descenso en la posición jerárquica personal. La agresión puede ser atenuada o amplificada por otras variables. Entre los atenuantes se encuentran: la timidez, el aislamiento, sentirse apreciado por otros, vínculos familiares cercanos, tener sexo y distracciones; mientras que los amplificadores incluyen: problemas escolares, desconfianza, el acceso a armas y un probable abuso de sustancias. (Zimmerman y Asnis, 1995).

IMPULSIVIDAD

Se sugiere una relación entre impulsividad y conductas suicidas (Beautrais et al., 1999 en Fergusson, Woodward. y Horwood, 2000; Steinhausen y Winkler, 2004).

El análisis de diversos estudios orientados a la identificación de una predisposición psicológica al suicidio, ha permitido distinguir dos grupos principales:

- 1) El primero, formado por aquellos niños tristes, poco sociables y que padecen una soledad crónica. Con frecuencia tienen historias familiares de conflicto, violencia, poca contención y comunicación, cuando no de ruptura. Cuando crecen se vuelven adolescentes solitarios, con baja autoestima y pasivos, ya que tienden a sobreestimar las consecuencias de sus acciones.
- 2) El otro grupo está formado por personas impulsivas y con tendencias agresivas desde la infancia. Presentan dificultades de adaptación — causan problemas por sus alteraciones en la conducta— y bajo rendimiento escolar. Su agresión puede derivarse hacia dentro o hacia fuera (Fócil, 2004).

En 2005, Basurto concluyó que los adolescentes hospitalizados que presentaron conductas suicidas mostraron un alto grado de impulsividad, así como trastorno depresivo mayor en el 100% de los casos.

La impulsividad no sólo es el reflejo del enojo y la conducta agresiva, también es indicadora de baja tolerancia a la frustración y falta de planeación. Garfinkel (1998 citado en Berman y Jobes, 1991) reportó que la mayoría de los suicidios consumados por adolescentes son impulsivos, pues sólo uno de cuatro da evidencia de planeación.

ANSIEDAD

La ideación o el intento suicida están fuertemente relacionadas con la presencia de un trastorno de ansiedad (King et al., 2001), especialmente entre los adolescentes varones (Pérez, s.f.; OMS, 2001). De acuerdo con este planteamiento, Joiner, Browns y Wingate (2005 en Puentes, López y Martínez, 2006) apuntan que los trastornos afectivos de ansiedad moderadamente severos, las reacciones transitorias de ajuste, la ansiedad como rasgo de

personalidad y las características obsesivas también se consideran como factores de riesgo suicida.

Quien intenta o logra suicidarse comúnmente pasa por un estado de ansiedad al realizar el acto (Puentes, López y Martínez, 2006). Sin embargo, Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela (2000) proponen que hay que hacer una distinción entre la ansiedad como estado y como rasgo de personalidad; cuando se trata de un estado, una tentativa de suicidio puede conseguir una reducción significativa de los síntomas, cosa que no ocurre cuando se trata de un rasgo más estable.

Igual que otras variables, los trastornos de ansiedad regularmente coexisten con la depresión. Para Sofronoff, Dalgliesh y Kosky (2005), es posible que sea esta conexión la que determine el incremento del riesgo suicida.

DESESPERANZA

Varios autores (Goldson et al., 2001 citado en Steinhausen y Winkler, 2004; Rutter y Behrendt, 2004) proponen que la desesperanza es un factor de riesgo considerable tanto para la depresión como para la conducta suicida futura. Puentes, López y Martínez (2006) indican que la desesperanza se correlaciona positivamente con la ideación suicida; aparte de ser un punto clave en la relación entre depresión y suicidio. En la misma dirección, Pinto y Wishman, 1996 (citados en Sofronoff, Dalgliesh y Kosky, 2005) aseguran que esta relación tiene más fuerza en los adolescentes con ideación que en los que han intentado el suicidio.

Otros autores (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004) sostienen que la desesperanza y la baja autoestima parecen estar en relación con la presencia de ideación suicida grave en adolescentes con trastornos del estado de ánimo.

En un estudio longitudinal efectuado durante 10 años en Estados Unidos, Beck et al. (citados en OMS, 2003), resaltaron la importancia de los sentimientos de desesperanza como factor predictivo del comportamiento suicida. Encontraron

que la falta de expectativas permitió identificar atinadamente a un 91% de los individuos que posteriormente se suicidaron.

Bedrosian y Beck (1979, citados en Marcenko, Fishman y Friedman, 1999) hallaron evidencia de que la desesperanza es un mejor predictor de ideación suicida que la depresión en muestras de adolescentes de la población general. Por otro lado, Strang y Orlofsky (1990 citados en Sun, Hui y Watkins, 2006) llegaron a la conclusión opuesta: la desesperanza puede anticipar, más acertadamente que los trastornos depresivos, la aparición de ideas de suicidio en un nivel clínico severo; mientras que la depresión es mejor indicador en los grupos no clínicos.

Los estudios de Brent et al. y Hart (citados Sofronoff, Dalglish y Kosky, 2005) concuerdan en que la desesperanza no es capaz de predecir los intentos suicidas. Dicha asociación tampoco se ha encontrado en niños y en mujeres adolescentes urbanas (Grosz, Zimmerman y Asnis, 1995).

Como puede apreciarse, no hay una consistencia en la evidencia recabada. Pues si bien se sugiere la importancia de la desesperanza en la conducta suicida adolescente —sobre todo en la ideación—, las investigaciones en esta población no han conseguido la misma solidez que las enfocadas a la revisión de esta problemática en adultos (Berman y Jobes, 1991). Grosz, Zimmerman y Asnis (1995) consideran que —tal como se ha ejemplificado— la relación entre depresión, conductas y desesperanza puede variar en relación a las características específicas de la muestra. Otra hipótesis es que la capacidad predictiva de la desesperanza en realidad descansa en su fuerte cercanía con la depresión, es decir, que tal vez debería considerársele más como un síntoma de depresión que como un factor cognitivo independiente (Sofronoff, Dalglish y Kosky, 2005).

La creencia en la autoeficacia y las habilidades de afrontamiento positivas pueden amortiguar los efectos de la desesperanza, y así mediar la relación entre ésta y el suicidio (Cole, 1989 citado en González, 1996).

RESOLUCION DE PROLEMAS

La pobre capacidad de resolver problemas frente a situaciones de estrés está relacionada con los pensamientos y las tentativas de suicidio (Sandin, Chorot, Santed, Valiente y Joiner, 1998).

Sadowsky y Kelley (1993 citados en Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004) encontraron que los adolescentes con intentos suicidas son menos capaces para la resolución de problemas, en comparación con un grupo control y con pacientes psiquiátricos sin intentos.

Clum et al. han sugerido un modelo interaccional de conductas suicidas, el cual propone que el riesgo incrementa cuando aumentan los eventos de vida estresantes en un individuo con poca aptitud para resolver problemas y con estrategias de afrontamiento deficientes, sobre todo cuando está guiado por la depresión y la desesperanza (Grosz, Zimmerman y Asnis, 1995).

La complicación para generar soluciones alternativas se vive como una imposibilidad para salir de las situaciones estresantes. Entonces, los adolescentes que experimentan una gran carga de estrés pueden contemplar suicidio porque simplemente no encuentran ninguna opción eficaz para resolver sus conflictos (Sofronoff, Dalglish y Kosky, 2005). La convicción de que el suicidio puede ser una forma efectiva de solucionar los problemas favorece la aparición de conducta suicida (Diekstra, 1985 en Villardón, 1993).

Los adolescentes con menor competencia en la resolución de problemas son más proclives a tener una percepción tergiversada, dicotomizada de sus conflictos. Emplean un sistema binario para interpretar los problemas y sus posibles soluciones. Esta rigidez cognitiva —la desesperanza es un extremo de ella — les impide dar lugar a los matices, por lo que su panorama se estrecha de tal manera que podría asemejarse a una “visión de túnel” (Berman y Jobes, 1991).

Las habilidades para una efectiva resolución de problemas y la flexibilidad cognitiva son factores de protección importantes, ya que esta etapa del

desarrollo se caracteriza por los múltiples cambios y nuevos retos (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004; Grosz, Zimmerman y Asnis, 1995).

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Los adolescentes con pensamientos suicidas son más propensos a adoptar estrategias de afrontamiento pasivas, de evitación y de retirada que los no suicidas (Asarnow et al., 1997 citados en Sofronoff, Dalgliesh y Kosky, 2005). Según estos últimos autores, los adolescentes que usan el aislamiento social como una estrategia de afrontamiento son más vulnerables a las conductas suicidas.

Villardón (1993) considera a la conducta suicida, en sí misma, como un modo de afrontar, una manera de escapar de una situación desagradable que rebasa los propios recursos.

Kaplan y Sadock (2003 citados en Li, 2005) sostienen que:

los rasgos distintivos de los adolescentes suicidas son la incapacidad para sintetizar soluciones a los problemas y la falta de estrategias de afrontamiento para manejar los estresores inmediatos. Así, una visión limitada de las opciones disponibles para enfrentarse con el conflicto familiar recurrente, el rechazo o el fracaso contribuyen a la decisión de cometer suicidio (pág. 622).

Las estrategias de afrontamientos útiles y saludables—tomando en consideración el contexto específico—, así como las razones para vivir, sean del tipo que sean, pueden tener un efecto amortiguador sobre el estrés y aminorar sus efectos negativos sobre el bienestar de los jóvenes (Villardón, 1993).

AUTOESTIMA

Se ha encontrado que los adolescentes que presentan baja autoestima tienen mayor prevalencia de ideación suicida y son más propensos a cometer suicidio

(Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004; DeMan et al., 1993 citados en Marcenko, Fishman y Friedman, 1999; Man, Leduc y Labrèche-Gauthier, 1993).

La convicción de ser una persona de poca valía, incapaz de salir de una situación difícil, favorece la consideración del suicidio como solución definitiva (Villardón, 1993).

Wilburn y Smith (2005) trabajaron con un grupo de estudiantes universitarios para estudiar la relación entre el estrés, la autoestima y la ideación suicida en los adolescentes tardíos. Encontraron que altos niveles de estrés y baja autoestima, juntos, pueden predecir la aparición de pensamientos suicidas. Al analizar las variables independientemente, la autoestima resultó un predictor de ideación suicida más fuerte que el estrés, aunque no obtuvieron evidencia que ésta pudiera tener un efecto mediador entre éste y la ideación suicida. Los autores consideran que dicho resultado, probablemente, pueda deberse a la falta de control de otras variables (desesperanza y apoyo social de familia y amigos). En contraste, Shegale y Barber (1995 citados en Sun, Hui y Watkins, 2006) no incluyeron la depresión en su investigación, encontraron que la autoestima baja era un predictor independiente de la ideación suicida.

La autoestima es un factor de resiliencia poderoso para combatir los efectos del estrés y la ideación suicida, ya que incrementa la habilidad para afrontar los eventos estresantes de manera positiva (Sandin, Chorot, Santed, Valiente y Joiner, 1998; Wilbur y Smith, 2005).

4.3. FACTORES FAMILIARES

La familia juega un importante papel como agente socializador. Por ser la primera expresión del sistema social, influye y determina gran parte de la conducta de los adolescentes.

Las relaciones familiares son el punto de referencia para el establecimiento de relaciones sociales nuevas y maduras durante esta etapa. El grupo de amigos adquiere tanta relevancia que compite y cede en importancia con el sistema

familiar. Así, se dan una serie de reajustes y negociaciones que inciden de tal manera en el estado mental de los adolescentes que los coloca en un periodo de gran vulnerabilidad emocional (Cardenas, 2004).

Las familias que presentan un funcionamiento adecuado potencian el desarrollo integral de sus miembros, así como estados de salud favorables; mientras que las familias disfuncionales provocan síntomas y enfermedades en sus miembros, por lo que deben considerarse como un factor de riesgo (Herrera, 1997).

El ambiente familiar de los adolescentes suicidas se caracteriza por ser deficiente, con vínculos padre-hijo deteriorados, así como falta de apoyo y comunicación (Steinhausen y Winkler, 2004). Se ha encontrado que la ideación suicida está asociada con relaciones intrafamiliares hostiles y desequilibradas (Olvera, 2001 citado en Wilbur y Smith, 2005; Pfeffer, 1985, citado en Man, Leduc y Labrèche-Gauthier, 1993).

Wilbur y Smith (2005) afirman que los adolescentes que perciben a su familia como poco protectora, distante y controladora tienen más posibilidades de cometer suicidio.

King y Apter (1996, citados en King et al., 2001), propusieron que un factor que puede potenciar las conductas autodestructivas en los adolescentes —incluido el suicidio—, es una inadecuada internalización de los cuidados y el bienestar físico que los padres les proporcionaron cuando eran pequeños.

Varios autores (Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela, 2000; Sofronoff, Dalgliesh y Kosky, 2005) dan cuenta de la presencia de problemas psicológicos como la depresión, el abuso de sustancias (Grosz, Zimmerman y Asnis, 1995; Kosky, Eshkevari, et al. 1998 citados en Field, Diego y Sanders, 2001) y las conductas antisociales en los padres de los adolescentes que han cometido suicidio. La historia familiar de intentos de suicidio también presenta una importante correlación con los pensamientos suicidas (Sorenson y Rutter, 1991 en Marcenko, Fishman y Friedman, 1999). Aunque el estudio de Brent et al.

(citado en Pelkonen y Marttunen, 2003) arrojó que las tasas de intento de suicidio, pero no las de ideación, eran más altas entre los parientes de primer grado de los adolescentes suicidas en comparación con los grupos control, independientemente de la historia de desórdenes psiquiátricos en la familia.

El divorcio o separación son frecuentes entre los padres de los adolescentes que han intentado suicidarse, las tasas son significativamente más altas en comparación con los grupos control (Spirito, Brown, Overholser y Fritz, 1989 citados en Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela, 2000). Los adolescentes que viven con uno solo de los padres tienen el doble de riesgo suicida (Basurto, 2005).

Pfeffer (1989 citado en Berman y Jobes, 1991) resumió los dos tipos de factores más consistentemente asociados a la conducta suicida: 1) estrés familiar, particularmente relacionado con los cambios que ponen en riesgo el sistema familiar: pérdida, muerte, separación y divorcio; dichos cambios representan una disminución de apoyo para el adolescente, y 2) disfunción parental, historia de suicidio, psicopatología y exposición a abuso físico y sexual.

Los factores familiares y de la infancia están asociados a futuros comportamientos suicidas mediante un proceso en cadena. La exposición a adversidad durante la infancia incrementa la susceptibilidad a los problemas de salud mental y a los eventos de vida estresantes durante la adolescencia, lo cual se traduce en un crecimiento del riesgo de conductas suicidas (Fergusson, Woodward. y Horwood, 2000).

Rudd (1990, en Villardón, 1995) corrobora la importancia de la familia en la aparición de conductas suicidas. Este autor encontró que, aunque los adolescentes con tendencias suicidas perciban un alto apoyo de sus amigos, la falta de soporte familiar era un aspecto fundamental en el desarrollo de conductas no deseables; y es que, a pesar de la gran importancia que el grupo de pares adquiere en este momento, no puede suplir la necesidad de apoyo familiar.

El apoyo familiar puede ser un recurso importante para combatir el estrés y los pensamientos de suicidio (Wilbur y Smith, 2005). Es importante analizar el funcionamiento familiar de los adolescentes con conducta suicida, ya que desequilibrios en el ambiente familiar pueden ser focos importantes en el tratamiento.

ESTRÉS

La pobreza, la pérdida de un ser querido, las discusiones con familiares o amigos, la ruptura de una relación y los problemas legales o laborales: son factores estresantes que pueden aumentar el riesgo de suicidio (Mann, 2001 citado en Puentes, López y Martínez, 2004; Fergusson, Woodward. y Horwood, 2000; Berman y Jobes, 1991).

Los altos niveles de eventos de vida negativos están asociados con el aumento de riesgo de ideación o intento suicida (King et al., 2001). Rich y Bonner (1987 citados en Grosz, Zimmerman y Asnis, 1995) concluyeron que el estrés de vida negativo puede predecir la ideación suicida en estudiantes de preparatoria.

González et al. (2002) encontraron que el principal motivo para la tentativa de suicidio, con un claro predominio, tanto para hombres como mujeres, fueron los conflictos en la esfera interpersonal, especialmente los problemas familiares. El padecimiento de alguna enfermedad importante, entendiéndose por ello una afección duradera o grave, también está relacionado con conducta suicida adolescente, aunque en menor medida que en las personas de la tercera edad (Villardón, 1993).

Otros factores de estrés significativo para los adolescentes son la presión y los problemas escolares. González et al. (2003), llevaron un estudio con estudiantes de secundaria y preparatoria de la ciudad de México, encontraron que el bajo rendimiento escolar fue el factor precipitante más común para el intento suicida.

Henry, Stephenson, Hanson and Hargett (1993 citados en Wilbur y Smith, 2005) reportaron que los intentos de suicidio más serios se presentan en estudiantes con éxito académico mientras que los menos serios se asocian a estudiantes con fracaso escolar. Estos autores argumentan que los estudiantes exitosos podrían experimentar mayor estrés debido a la presión para mantener su rendimiento y, en consecuencia, cometer intentos suicidas más letales. En cambio, los estudiantes con patrones de fracaso académico son más proclives a involucrarse en conductas de riesgo que los predisponen al suicidio.

Buendía, Riquelme y Ruiz (2004) opinan que por sí mismo, el fracaso escolar no puede ser considerado como un precipitante de la conducta suicida, sino que necesita la influencia de otras variables como el déficit en las redes de apoyo, la autoestima o el desarrollo de conductas desadaptadas como el abuso de sustancias. En el mismo sentido, Grosz, Zimmerman y Asnis (1995) consideran que no es el estresor por sí mismo el que ocasiona la conducta suicida, ya que enfrentarse a estresores cotidianamente es una situación común para los adolescentes y no todos responden de manera desadaptada. Para reconocer la fuerza que tiene un estresor se requiere evaluar su relación con características de personalidad o la coexistencia de una enfermedad mental.

Algunos autores sugieren un modelo del desarrollo de la conducta suicida, en el que el riesgo está determinado por la exposición acumulativa a una amplia gama de factores de riesgo: desventaja social, adversidad familiar, personalidad, salud mental actual y exposición a eventos de vida negativos recientes (Fergusson, Woodward, y Horwood, 2000). Villardón (1993) precisa que no solamente se trata de la cantidad de sucesos negativos, sino de la manera en que son percibidos; pues los individuos con inclinaciones suicidas tienden a hacer valoraciones más negativas.

Los individuos suicidas normalmente experimentan más sucesos de vida negativos y/o los perciben más (Villardón, 1993).

La satisfacción con los estudios es un factor de protección frente al estrés (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004).

ABUSO SEXUAL

La violencia familiar, incluyendo el abuso físico y sexual, ha sido relacionada con el suicidio adolescente (Fergusson, Woodward. y Horwood, 2000; Grosz, Zimmerman y Asnis, 1995). Wagner (1997 citado en Sandin, Chorot, Santed, Valiente y Joiner, 1998) sugiere que una historia de abuso físico o sexual está correlacionada con la ideación suicida. Según este autor, el abuso sexual está más fuertemente asociado a la ideación suicida cuando el agresor es parte del núcleo familiar; especialmente cuando se trata de alguno de los padres (Zimmerman y Asnis, 1994).

En un estudio realizado por Garnefski y Arends en los Países Bajos (citado en OMS, 2003), se exploró la relación entre el abuso sexual y el comportamiento suicida en 1490 adolescentes. Los resultados evidenciaron que quienes habían sufrido abuso sexual mostraban un comportamiento suicida significativamente mayor, así como otros problemas emocionales y de conducta, comparados con los que no lo tuvieron. Además de que las personas con antecedentes de abuso a menudo se muestran desconfiadas en las relaciones interpersonales y tienen dificultad para mantenerlas, lo que se vuelve una fuente de estrés.

4.4. FACTORES SOCIALES

Las sociedades liberales, al estar basadas en el individualismo, están concebidas para que tengan identidades colectivas débiles. La velocidad y la escala del cambio histórico han minado los patrones tradicionales de relación entre los seres humanos. Los valores plurales y la tecnología hacen que el mundo se presente tan complejo e imprevisible para los adolescentes, que difícilmente pueden contar con un marco de referencia estable.

Un reflejo de los cambios en la sociedad y de las condiciones en las que se encuentran los jóvenes, es el caso de los *emos*. Los *emos* son una subcultura juvenil, un grupo urbano, cuya estética es una manifestación abierta de

depresión, inconformidad, soledad e incomprensión. Las grandes ciudades propician el aislamiento y la alienación, así que este tipo de agrupaciones surgen como una manera de atenuar los efectos desintegradores de la anomia; es a través de vestirse y arreglarse de cierta manera que los jóvenes buscan los elementos para la construcción de su identidad, que si bien antes se ofrecía naturalmente, hoy es búsqueda individual —a veces obsesiva— de un grupo al cual pertenecer.

APOYO SOCIAL

“El vínculo con la vida lo refuerza nuestra propia interacción social, es decir, lo da la socialización” (Clemente y González, 1996, pág. 109).

El apoyo, como un constructo, ha sido definido por Grholt et al (citados en Rutter y Behrendt, 2004), como “un sentimiento de pertenencia, específicamente entre los pares, los compañeros de equipo, la comunidad o los miembros de la familia” (pág. 299).

Los adolescentes con tendencias suicidas comúnmente reportan la falta de amigos cercanos y confidentes (Berman y Jobes, 1991). Los adolescentes que carecen de apoyo social y se sienten aislados tienden a comportarse de manera autodestructiva (Rutter y Behrendt, 2004).

En el estudio realizado por King et al. (2001) se encontró que la baja competencia social de los sujetos está asociada a la probabilidad de ideación o intento suicida, ya que ésta tiende a debilitar la autoestima y obstaculizar el desarrollo de lazos sociales.

Otros factores de riesgo asociados al ámbito social son: el crecimiento demográfico, la urbanización desorganizada, gran proporción de población pobre, la flexibilidad y la permisividad de las normas jurídicas que permiten la disponibilidad de armas de fuego y sustancias psicoactivas, así como el bajo control para la comercialización de medicamentos (OPS, 2006).

De acuerdo a DeWilde, Kienhorst, Diekstra y Wolters (1993, citados en Rutter y Behrendt, 2004), quienes se sienten apoyados por consejeros, padres o amigos muestran estrategias de afrontamiento más saludables y una actitud positiva respecto a su futuro.

Se puede hablar de apoyo social real y percibido. El real se refiere a las interacciones que mantiene el individuo con las personas de su ambiente y la calidad de esas relaciones. El apoyo social percibido tiene que ver con cómo se siente el individuo en sus relaciones con el entorno, es decir, si se siente ayudado, comprendido (Villardón, 1993).

La pertenencia a grupos con los que se mantienen relaciones estables y satisfactorias, logra aumentar la autoestima, amortiguar la depresión, la ansiedad, y mitigar el impacto del estrés (Clemente y González, 1996; Rudd, 1990 citado en Grosz, Zimmerman y Asnis, 1995).

El apoyo social es quizá el factor de resiliencia más importante, pero para que pueda atenuar los la conducta suicida debe ser de calidad, que provea empatía, disponibilidad, capacidad de poner límites y ofrecer estructura; al igual que la habilidad para gratificar las necesidades del individuo e intensificar la autoestima (Grosz, Zimmerman y Asnis, 1995).

En la misma línea de los planteamientos de Durkheim, la integración religiosa y las creencias compartidas pueden ser unos factores protectores contra el suicidio porque brinda identificación con un grupo unitario (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004)

INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Por su avallasadora influencia sobre la audiencia, los medios masivos de comunicación se han reconocido como un factor de riesgo considerable. La difusión de la información referente a eventos suicidas se hace de manera amarillista, se incluyen descripciones precisas y se usan términos —como “suicidio exitoso”— que favorecen el surgimiento de modas, capaces de producir “contagio de suicidio” en los jóvenes que se encuentran en un estado

de gran tensión. A parte de que simplifican el problema, reduciéndolo a factores únicos tales como problemas económicos o sentimentales (OMS, 2006).

Para Berman y Jobes (1991), los suicidios en serie pueden explicarse por imitación o identificación. Es común que los adolescentes busquen modelos que les ayuden en la formación de su identidad y como fuente de aprendizaje social. Sin embargo, los jóvenes que tienen límites difusos del yo y que han presentado impulsos suicidas previos pueden percibir la notoriedad que se le da al evento suicida de manera irracional. Una de las creencias más fuertes es que su propio suicidio recibirá igual atención; asimismo se puede entender como permisividad, como una manera aceptable de resolver sus problemas.

Esta influencia puede darse por exposición directa, cuando se trata de una persona cercana o conocida, o de manera indirecta, cuando proviene de relatos de ficción, reales o noticias en la prensa y la televisión.

Además de que los medios de comunicación pueden influir en la conducta suicida, favoreciendo la distribución y extensión de ciertos valores y actitudes sociales hacia el suicidio (Villardón, 1993).

Un factor que puede mitigar la influencia de los medios es la manera en que el suicidio es presentado y qué información acompaña la difusión (Grosz, Zimmerman y Asnis, 1995).

4.5. CUADROS DE FACTORES DE RIESGO Y RESILIENCIA

Con base en el material revisado, y a manera de síntesis, a continuación se presentan dos cuadros que comprenden los factores de riesgo y de resiliencia asociados a la ideación suicida más relevantes.

FACTORES DE RIESGO
INDIVIDUALES
<ul style="list-style-type: none">• Desórdenes psiquiátricos, especialmente trastornos afectivos, en particular la depresión grave.

- Trastornos de la conducta.
- Abuso o dependencia de alcohol y otras drogas.
- Escasa habilidad para la resolución de problemas frente a las dificultades.
- Conductas irreales, representación de fantasías.
- Autoestima baja.
- Vulnerabilidad genética caracterizada por bajos niveles de serotonina.
- Sentimientos de desesperanza e impotencia.
- Rasgos de personalidad como: impulsividad, la agresividad y labilidad de humor.
- Conductas de búsqueda de novedad.
- Incertidumbre con relación a la identidad de género u orientación sexual.
- Rigidez de pensamiento y de cumplir con patrones.
- Comportamiento antisocial.
- Ansiedad excesiva frente a pequeños malestares físicos o pequeñas decepciones.
- Relaciones ambivalentes con los padres, otros adultos y amigos.
- Locus de control externo.
- Baja autoeficacia.
- Patrones de afrontamiento disfuncionales caracterizado por estrategias pasivas, de evitación y retirada.
- Actitudes favorables frente al suicidio.
- Desocupación. Falta de empleo y problemas económicos.
- Enfermedad física grave.

FAMILIARES

- Historia familiar de suicidio y aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento.
- Historia familiar de desórdenes psiquiátricos (depresión, esquizofrenia, ansiedad, enfermedad bipolar, alcoholismo, suicidio).
- Abuso de sustancias y conductas disociales en los padres o algún otro miembro de la familia.
- Divorcio, separación o muerte de los padres o cuidadores.
- Pobre comunicación con los padres; con frecuencia presentan patrones de comunicación confusos y dificultad para intercambiar criterios con generaciones más jóvenes. .
- Ambiente familiar conflictivo o inestabilidad familiar.
- Violencia familiar, incluyendo el abuso físico y sexual.
- Escaso cuidado provisto por los padres o cuidadores.
- Antecedentes de depresión en la madre.
- Padres o cuidadores con autoridad excesiva o inconsistente.
- Rigidez familiar o inflexibilidad en el sistema familiar con patrones de disciplina muy estrictos que limitan al adolescente y obstaculizan el desarrollo de su identidad.
- Expectativas demasiado altas o demasiado bajas por parte de los

padres o cuidadores.

- Negación de los problemas por parte de la familia.
- Ambivalencia familiar en la resolución de problemas.
- Baja autoeficacia parental.
- Locus de control parental externo.
- Alto estrés familiar y acontecimientos vitales estresantes recientes: crisis disciplinarias, pérdida interpersonal y presión e insatisfacción académicos.
- Relación padre-hijo simbiótica, donde uno de los padres, generalmente la madre, está demasiado ligada al hijo, pero no proporciona protección emocional y apoyo.

SOCIALES

- Aislamiento social debido a la carencia de vínculos personales, confiables, continentes.
- La manera en que los medios de comunicación manejan la información acerca del suicidio; ya que ofrece modelos —especialmente la televisión— que tienen un gran peso en los adolescentes.
- Presión del grupo de compañeros o pertenencia a un grupo cuya aceptación es autodestructiva. Por ejemplo: ser miembro de sectas o cultos.
- Pocas oportunidades de empleo.
- La crisis de identidad producida por el choque cultural, la urbanización, la pérdida de valores, el sentimiento de marginalidad y la pobreza.
- Normas antisociales.
- Pobreza crónica.

FACTORES DE RESILIENCIA

INDIVIDUALES

- Autoevaluaciones positivas de eficacia.
- Autoestima consistente y concepción positiva de sí mismo que le permite a los adolescentes lidiar con los eventos de vida estresantes.
- Habilidad para establecer lazos de intimidad positiva con otra gente, para equilibrar la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros.
- Habilidades para la resolución de problemas.
- Flexibilidad cognitiva.
- Locus de control interno que brinde la sensación de tener algún tipo de control sobre la propia vida.
- Evitar el consumo de sustancias adictivas.
- Búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo: problemas escolares.
- Receptividad hacia conocimientos nuevos.
- Receptividad hacia las experiencias y las soluciones de otras personas.
- Estrategias de afrontamiento adaptativas.
- Capacidad para averiguar algún significado, sentido y coherencia que ofrezca razones para vivir y crear condiciones de satisfacción en el mundo.
- Confianza en el futuro.
- Mayor autonomía e independencia.
- Habilidad para manejar la rabia-enojo y las emociones en general.
- Menor tendencia a la evitación de los problemas y menor tendencia al fatalismo en situaciones difíciles.
- Reconocimiento de las habilidades personales.
- Satisfacción con los estudios.

FAMILIARES

- Apoyo familiar que le haga al adolescente sentirse amado y aceptado.
- Vínculo padre-hijo seguro con capacidad de los padres para escuchar las inquietudes y las necesidades psicosociales del adolescente.
- Apoyo pleno y adecuado cuando el adolescente pasa por situaciones de estrés.
- Buena relación con los miembros de la familia.
- Comunicación familiar abierta, clara y afectiva.
- Organización familiar flexible.
- Aceptación de los problemas familiares y búsqueda de alternativas para resolverlos. Estrategias de afrontamiento funcionales.
- Estrés familiar bajo.
- Estilo educativo con autoridad.
- Locus de control parental interno.
- Alta autoeficacia parental.

- Roles claros dentro de la familia con límites razonables para cada uno de sus miembros.
- Compromiso mutuo y responsabilidad familiar.

SOCIALES

- Amistades cercanas que brinden apoyo.
- Buena relación con los compañeros, profesores y adultos, con el propósito de fortalecer la red de apoyo social.
- Apoyo de personas relevantes.
- Estar integrado socialmente y tener sentido de pertenencia. Por ejemplo: participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades.
- Identidad cultural sólida.
- Normas grupales positivas.
- Capacitación para enfrentar las dificultades del ingreso al mercado de trabajo.
- Implicación de la comunidad y del Estado que se traduzca en programas sociales que mejoren la educación, la nutrición, que proporcionen la vivienda adecuada y que, en general, mejoren la calidad de vida y las oportunidades para los jóvenes.
- Control estricto de los métodos para cometer suicidio.
- Involucramiento de la familia, la escuela, la comunidad y la sociedad.

CONCLUSIONES

¿Por qué aumentan las cifras de suicidio entre los jóvenes? ¿Qué tiene que suceder para que un adolescente piense en la muerte como la mejor opción o, muy probablemente, la única para lidiar con las contrariedades de su vida? ¿Cuáles son los factores que predisponen a los adolescentes a la ideación suicida? ¿Cómo es que un pensamiento de suicidio se transforma en acción? ¿Qué se puede hacer para impedir la aparición de pensamientos y conductas suicidas? Son algunas de las inquietudes que sirvieron de motor al presente trabajo. Sin embargo, lejos de recibir una contestación determinante, aparecieron para dejar ver lo intrincado del fenómeno, así como una necesidad impostergable de seguir y comprometerse con un trabajo constante en torno al proceso suicida, con especial énfasis en la ideación —por su ya mencionada asociación con futuros intentos y/o suicidios consumados o con una historia de intentos previa—.

Conforme se ahondó en la revisión del tema, fue posible vislumbrar que existen importantes lagunas en la magnitud y la comprensión del problema; éstas aparecen desde el principio del camino: con su delimitación misma.

El suicidio no implica necesariamente un impulso de muerte; el deseo de terminar con una situación insufrible —aunque sea mediante un comportamiento autodestructivo— no equivale a tener una intención deliberada de causarse la muerte. Algunas definiciones toman en consideración ambos aspectos, otras, en cambio, se inclinan hacia uno de ellos. La cuestión es que en muchos de los trabajos se realizan sobre terrenos confusos: no se explican los supuestos y los conceptos bajo los que se opera; situación que evidentemente impacta las conclusiones presentadas. Es por eso que se considera oportuno hacer un esfuerzo persistente para tratar de clarificar la definición de la problemática suicida.

La principal contribución de esta tesina es que —como ya se señala desde el título— recupera los factores de riesgo y de resiliencia que tienen mayor sustento y presencia en la literatura. Los cuadros presentados agrupan

múltiples indicadores que, de entrada, constituyen una herramienta para determinar quienes son más vulnerables; primer paso para la prevención de los pensamientos suicidas, en la medida en que favorece el reconocimiento de grupos de alto riesgo a los cuales habría que proteger (Reyes, 2007).

En la actualidad, ya no es posible sostener la idea de que la determinación de los factores de riesgo nos permitirá una predicción confiable. Si ya de por sí resulta difícil anticipar cualquier conducta humana, esto se intensifica cuando abordamos un fenómeno en el que factores individuales, familiares y sociales se encuentran en constante movimiento e interacción. Entonces hablamos de un riesgo mutable —en el sentido de Berman y Jobes (1991)—, en el que la necesidad de actuar o de pensar de manera autoagresiva depende de un contexto situacional, es decir, de un estado y un momento muy particulares. Dicha afirmación entraña una dificultad en la valoración del riesgo que es pertinente admitir, puesto que, desde esta lógica, el riesgo necesitaría ser reevaluado continuamente —sobre todo cuando hay aumento en el nivel de estrés, pérdida de apoyo o cualquier transición—.

El enfoque que privilegia el estudio de los factores predisponentes y precipitantes de la ideación y de la conducta suicida en general ha sido el más trabajado —numerosas intervenciones están basadas en él—. Pero, aunque hay poca investigación que se concentra en evaluar los programas de intervención, se ha observado que estos no han arrojado resultados considerables y duraderos en la disminución de las conductas suicidas (Ezpeleta, 2007). Por otra parte, el estudio de los factores de riesgo no es suficiente para proporcionar una explicación contundente del tema: se puede determinar quiénes están en riesgo, pero no se puede decir por qué ni cuál es la magnitud del peligro. Quedarse en este punto significaría alcanzar una aproximación meramente descriptiva, sin embargo, lo que se requiere es un análisis causal, que nos lleve a una explicación más certera del contexto de los adolescentes que presentan ideación suicida, pues se tiene claro que no existen características únicas que den cuenta del fenómeno.

En este punto hay que destacar la relevancia de adentrarse en el entendimiento de los mecanismos de resiliencia; por su valor clínico directo, es verdad, pero principalmente porque es la comprensión puntual de la manera en que se entremezclan los factores de riesgo y los de protección —distintos factores de protección se comportan como variables mediadoras dentro de algunos modelos,—, la que nos llevará a mejorar el conocimiento actual del problema y por ende al refinamiento de los modelos teóricos.

El marco referencial presentado es muestra de las inconsistencias con respecto al papel que juegan y al tipo de influencia (directa o indirecta) que algunas variables tienen en el fenómeno suicida: la presencia de los desórdenes psiquiátricos como condición necesaria o no; el papel de la depresión o su eficacia como mejor indicador individual; si la importancia de la desesperanza está o no condicionada por su cercanía con la depresión; la relación entre el consumo de sustancias y la ideación suicida; la comorbilidad con otros trastornos; si el abordaje del problema debe enfatizar el componente emocional, el cognitivo o enfocarse más hacia los eventos de vida estresantes; son algunos de los temas más controversiales. Hay considerar que las discrepancias podrían deberse a las características de la muestra y a los criterios de diagnóstico con los que se trabajó y es que, al ser un fenómeno cambiante, el proceso suicida tiene una dificultad metodológica inherente. Se considera que, debido a la frecuente aparición de pensamientos suicidas en esta etapa del desarrollo, sería útil realizar más estudios con muestras no clínicas.

Reflexionar asuntos de esta índole es una tarea ineludible, si realmente se tiene la intención de llevar a cabo una labor preventiva que tenga alguna resonancia. Admitir las limitaciones puede protegernos: saber más significa actuar mejor. No hay que olvidar que cualquier programa preventivo debe basarse en teorías psicológicas sólidas (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004).

Ya existen abundantes propuestas de intervención infructuosas y no podemos darnos el lujo de seguir desperdiciando recursos. Se sabe que los medios materiales no abundan —sobre todo porque su obtención normalmente acarrea

una voluntad política—, no obstante nos hallamos frente a un serio problema de salud pública, así que lo poco o mucho que se consiga debe emplearse cuidadosamente para tomar medidas más directas.

Un hallazgo muy importante es que los factores de riesgo identificados no son exclusivos de la ideación y del fenómeno suicida en general, son compartidos por otras problemáticas —se les conoce como factores de amplio espectro o genéricos— como el consumo de drogas, la sexualidad precoz, las conductas antisociales, el bajo rendimiento escolar, etcétera. Aunque no sabe por qué, en presencia de los mismos elementos de riesgo, se desencadena un desorden u otro, sí se puede sostener que hay subgrupos de jóvenes altamente vulnerables que presentan patrones de vida bien marcados.

Con base en lo anterior, se considera que una alternativa prometedora puede ser: la elaboración de programas preventivos de amplio espectro; dirigidos a eliminar los factores de riesgo e incidir en el estilo de vida de los adolescentes situados dentro de algún grupo de riesgo. La idea es intervenir tempranamente para anticipar la posibilidad de que el peligro ya existente se agudice o se acumulen nuevos factores de riesgo. Es por eso que se insiste en la conveniencia de hacer un reconocimiento lo más exacto posible de aquellos adolescentes que representan focos rojos.

La atención primaria anticiparía la ideación misma, tarea relevante si se considera, como proponen Reinherz, Tanner, Berger, Beardslee y Fitzmaurice (2006), que ésta puede ser un predictor de psicopatología, pues su persistencia acarrea déficit en el funcionamiento emocional y comportamental que se extienden a la adultez. Asimismo se estarían previniendo tentativas y suicidios consumados futuros —en el caso de que haya una continuidad en el comportamiento suicida—.

Otra ventaja es que la intervención sería útil para abordar distintas problemáticas a la vez, aunado a que otras conductas de alto riesgo, concurrentes con la ideación suicida, son más sencillas de identificar.

Una de las labores de la intervención preventiva consiste en disminuir los factores de riesgo o impedir sus efectos, sin embargo, esto no es del todo realizable porque hay factores que son fijos y otros que no se pueden modificar a corto plazo. Pero, por muy adverso que sea el contexto y mientras se transforman las condiciones desfavorables —como las sociales— que pueden y deben cambiar, hay mucho por hacer. Otra manera de incidir en el proceso que conduce a la enfermedad es el fortalecimiento de los recursos internos y externos de protección. Tal es el valor del enfoque de la resiliencia.

Las estrategias de prevención deben apostar a un trabajo amplio y permanente que procure abarcar los diferentes ámbitos del contexto: individual, familiar y social; pero que a la vez sea específico y que se centre en áreas concretas — un mejor entendimiento del fenómeno sentará las bases para una elección más concienzuda de las variables protectoras a reforzar a través de los programas preventivos—. Y es que aunque se ha hablado de factores de riesgo a nivel muy general, es preciso aclarar que éstos no actúan indistintamente de una comunidad a otra, tienen una especificidad marcada por las características socioculturales propias. No se puede descartar este aspecto —incluida la perspectiva de género—, ya que difícilmente se impactará a una población si se parte de intentos de intervención ajenos a su contexto cultural.

Los programas combinados son la alternativa para conseguir mejores resultados. Brindar seguridad familiar y social a los jóvenes tiene tanta importancia como el desarrollo de las habilidades personales, pues como se ha subrayado, el fenómeno suicida surge de la acción recíproca entre factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales. La prevención del fenómeno suicida no sólo depende de los individuos y sus familias, por ser un problema de salud pública, implica una responsabilidad compartida, que se traduzca en la suma de los recursos personales y los colectivos.

La compilación de los factores de resiliencia nos muestra un panorama útil de las fuentes de defensa sobre las cuales se puede planificar la prevención. A continuación se presentarán algunas sugerencias; aunque, como la resiliencia ni es una condición inherente a las personas, ni tampoco es estática, resulta

necesario valorar las características de los grupos y el ámbito a los que se encamina cada intervención.

Así, se considera que en la esfera individual, la tarea puede enfocarse al desarrollo de habilidades que permitan a los adolescentes manejar los problemas cotidianos de manera adecuada y reafirmarse; lo cual podría conseguirse con la promoción o el refuerzo de recursos como: las habilidades para la resolución de problemas, la autoestima, el autocontrol, las habilidades sociales y de comunicación, por mencionar algunos. Además del tratamiento temprano de desórdenes psiquiátricos y el abuso de sustancias.

La familia y los amigos, por su cercanía, pueden ser una fuente importantísima de apoyo, sobre todo cuando se sienten comprometidos afectivamente. En lo que toca al sistema familiar, se podría apostar por el desarrollo de habilidades que permitan una comunicación clara y afectiva entre sus miembros; estrategias de afrontamiento funcionales; establecimiento de roles bien definidos, así como la aceptación incondicional para cada uno de los miembros. El apoyo de al menos una persona que sea significativa para el adolescente, el fortalecimiento de redes de apoyo social y la promoción del compañerismo son puntos claves para reducir el aislamiento.

Hasta ahora, el ámbito escolar ha sido el más privilegiado para los programas de prevención. La escuela es un espacio donde se desarrolla buena parte de la vida de muchos adolescentes, es por eso que se ha aprovechado para estimular el mejoramiento del aprendizaje académico y el socio-emotivo (Reyes, 2007). Otra posibilidad de intervención sería que, mediante la escuela, se trataran de fomentar redes de apoyo social que fortalezcan los lazos entre los pares. El inconveniente es que un número considerable de adolescentes no tienen acceso a la educación —la falta de oportunidades educacionales y laborales son factores de riesgo—, por lo que se precisa abrir otras alternativas.

Como plantea la OPS (2003), el fomento de actividades comunitarias es un campo interesante al cual se ha prestado poca atención —especialmente en

nuestro país—, pero que puede tener efectos provechosos en la promoción de la salud mental de los adolescentes. La creación de grupos de apoyo, la elaboración de programas que funcionen a través de organizaciones civiles, religiosas y clubes, son opciones viables. Sin dejar de lado el apremio de implementar políticas comprometidas en la solución de este trascendente problema de salud pública.

El propósito es ofrecer herramientas, abrir espacios que ayuden a los adolescentes a resolver las tareas propias de la etapa sin tener que recurrir a conductas que atenten contra su propia salud. Si los adolescentes sienten confianza en sí mismos y en el medio en que se desarrollan, se perciben socialmente competentes y capaces de solucionar problemas, muy posiblemente se plantearán una gama de alternativas antes de pensar en la muerte como la única manera de terminar con sus frustraciones y sufrimientos. Y quién si no los propios adolescentes, son los que pueden reconocer y hablar de sus necesidades. Escucharlos y alentar su participación es el principio para reconocer su importancia como actores en la construcción de su resiliencia.

Finalmente, se recomienda seguir con las investigaciones acerca del papel que juegan las afecciones coexistentes como podrían ser la depresión, el consumo de sustancias o los trastornos de conducta; ahondar en la relación del fenómeno suicida y las conductas de riesgo, así como estudios que evalúen los resultados de los programas de intervención.

REFERENCIAS

Abadi, M. (1973). *El suicidio. Enfoque psicoanalítico*. En M. Abadi, A. Garma, E. Garma, J. A. Gazzano, E. H. Rolla y N. Yampley. La fascinación por la muerte. Panorama, dinamismo y prevención del suicidio. Buenos Aires: Paidós.

Aberastury, A. y Knobel, M. (2001). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós.

Allison, S., Roeger, L., Martin, G. y Keeves, J. (2001). *Gender differences in the relationship between depression and suicidal ideation in young adolescents*. Australian and New Zeland Journal of Psychiatry, 35. 498-503.

Ballesteros, A. (1984). *La adolescencia: ensayo de una caracterización de esta edad*. México: Patria.

Basurto, R. (2005). *Características de los adolescentes con antecedentes de comportamiento suicida en pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro*. Tesis para obtener el diploma de especialización en psiquiatría infantil y de la adolescencia. UNAM. Facultad de Medicina.

Berman, A. L. y Jobes, D. A. (1991). *Adolescent suicide assessment and intervention*. Washington: American Psychological Association.

Bird, H. R. (2005). *Pobreza y nivel socioeconómico*. En L. Ezpeleta (Ed.). Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo. Barcelona: Masson.

Blos, P. (1971). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Joaquín Mortiz, S. A.

Bonino, S., Cattelino, E. y Ciarino, S. (2005). *Adolescents and Risk. Behavior, Functions, and Protective Factors*. Jessor, R. (foreword). Italia: Springer.

Buendía, J., Riquelme, A. y Ruiz, J. (2004). *El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida*. España: Universidad de Murcia.

Cárdenas, G. (2004). *Estudio sobre clima social familiar en adolescentes con intento suicida*. Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Psicología. UNAM. Facultad de Psicología.

Cardozo, G. y Dubini, P. (2005). *Factores de riesgo y protección. Su incidencia en la conducta de los adolescentes*. En G. Cardozo (Coord.). Adolescencia. Promoción de salud y resiliencia. Argentina: Editorial Brujas.

Cardozo, G. (2005a). *Pobreza, exclusión e inequidad: algunas consideraciones*. En Barrón, M. (comp.). Inequidad sociocultural. Riesgo y resiliencia. Argentina: Brujas.

Cardozo, G. (2005b). *Adolescencia: riesgo y resiliencia*. En Barrón, M. (comp.). Inequidad sociocultural. Riesgo y resiliencia. Argentina: Brujas.

Carneiro, A. (1960). *Adolescencia. Sus problemas y su educación* (Reimpresión). México: Unión tipográfica editorial hispano americana.

Casullo, M. M. (2000). *Ideaciones y comportamientos suicidas*. En M. M. Casullo, P.D. Bonaldi y M. Liporace, *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Clemente, M. y González, A. (1996). *El suicidio: una alternativa social*. España: Biblioteca Nueva.

Coleman, J. C. (1985). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.

De Jonghe, R. (1982). *Los suicidios*. Basilea, Suiza: Roche.

Delval, J. (1998). *El desarrollo humano*. Madrid: Siglo XXI.

Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Barcelona: Massa.

Fergusson, D. M., Woodward, L. J. y Horwood, L. J. (2000). *Risk factors and life process associated with the onset of suicidal behaviour*. *Psychological Medicine*, 30(1), 23-39.

Field, T., Diego, M. y Sanders, C. E. (summer 2001). *Adolescent suicidal ideation*. *Adolescence*; 36 (142), 241-248.

Florenzano, R. (1998). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Chile: Universidad Católica de Chile.

Fócil, M. (2004). *Valoración de la impulsividad y la depresión en adolescentes con intento suicida*. Tesis para obtener el diploma de psiquiatría infantil y de la adolescencia. UNAM. Facultad de Medicina.

Fuentes, G. B. (1989). *Conocimiento y formación del adolescente*. México: Continental.

García, C. C. (2005). *¿Cuándo se convierte la cultura en un factor de riesgo contextual?* En L. Ezpeleta (Ed). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Barcelona: Masson.

García, M. M. y Martí, E. (1997). *El pensamiento del adolescente*. En E. Martí y J. Onrubia, coord. *Psicología del desarrollo: el mundo del adolescente*.

Garma, A. (1973). *Los suicidios*. En M. Abadi, A. Garma, E. Garma, J. A. Gazzano, E. H. Rolla y N. Yampley. *La fascinación por la muerte. Panorama, dinamismo y prevención del suicidio*. Buenos Aires: Paidós.

Gómez, M. T. (2000). *Adolescencia y prevención: conducta de riesgo y resiliencia*. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador, Año 1 núm 4.

González, C. (1996). *Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes*. Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología. UNAM. Facultad de Psicología.

González, C., Berenzon, S., Tello, A., Facio, D., Medina, M. (1998). *Ideación suicida y características asociadas a mujeres adolescentes*. Salud Pública de México, 40(5), 430-437.

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

González, C. (2004). *Adolescencia*. Nueva Época, 10. Guadalajara, Jalisco, México. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Adolescente. <http://www.adolesc.org.mx/litcién/boletín/bolnvo10/suicidio.pdf> Consultada el 21 de abril 2007.

Gutiérrez, G. A., Contreras, C. M. y Orozco, R. R. (2006). *El suicidio, conceptos actuales*. Salud Mental, 29(5), 65-74.

Grinder, R. E. (1992). *Adolescencia*. (Décima reimpresión) México: Limusa.

Groeger, U., Tomori, M. y Kocmur, M. (2003). *Suicidal ideation in adolescence-an indicator of actual risk?* The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 40(3), 202-210.

Grosz, D. E., Zimmerman, J. K. y Asnis, G. M. (1995). *Suicidal behavior in adolescents. A review of risk and protective factors*. En J. K. Zimmerman y G. M. Asnis. Treatment approaches with suicidal adolescents. Nueva York: Einstein Psychiatry Publication.

Hall, C. S. (1999). *Compendio de psicología freudiana*. (Reimpresión). México: Paidós.

Herrera Santí P. M. (1997) *La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud*. Revista cubana Medicina General Integral 1997; 13 (6): 591-595.

Horrocks, J. E. (2001). *Psicología de la adolescencia*. (Octava reimpresión). México: Trillas.

Infante, F. (2005). *La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente*. En A. Melillo y E. N. Suárez. Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Argentina: Paidós.

Jessor, R. (1999). *Risk behavior in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding the Action*. En R. M. Lerner y C. M. Ohannessian (Ed). Risk and Problem Behaviors in Adolescence. USA: Garland Publishing.

Kimmel, D. y Weiner, I (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel.

King, R. A., Shwab-Stone, M. M., Flisher, A. J., Greenwald, S. M., Kramer, R. A., Goodman, S. H., Shaffer, D. M., Lahey, B. B. y Gould, M. S. (2001). *Psychosocial and behavior risk correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation*. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40(7), 837-846.

Labajos, A. J. (1994). *Identidad del adolescente*. En B. A. Aguirre, (Ed.) en Psicología de la adolescencia. Colombia: Alfaomega.

Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. y Valenzuela, R. (2000). *Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes*. Revista Chilena de Pediatría, 71(3). Consultada en ... (27/08/2007).

LeBlanc, J. C., Talbot, P. J. y Craig, W. M. (2005). *Psychosocial Health in Youth*. En M. Ungar, Handbook for Working with Children and Youth. Pathways to Resilience Across Cultures and Contexts. USA: Sage.

Li, K. R. (2005). *Gay adolescents and suicide: understanding the association*. Adolescence, 40(159), 621-628.

Mckinney, J. P., Fitzgerald, H. E. y Strommen, E. A. (1982). *Psicología del desarrollo: edad adolescente*. México: Manual Moderno.

Man, A. F., Leduc, C. P. y Labrèche-Gauthier, L. (winter 1993). *Correlates of suicidal ideation in French-Canadian adolescents: personal variables, stress, and social support*. Adolescence; 28 (112), 819-829.

Marcenko, M. O., Fishman, G. y Friedman, J. (1999). *Reexamining adolescent suicidal ideation: a developmental perspective applied to a diverse population*. Journal of Youth and Adolescence, 28(1), 121-138.

Martí, E. y Onrubia, J. (1997). *Psicología del desarrollo: el mundo del adolescente*. Barcelona: I.C.E./ Horsori.

Melillo, A., Estamatti, M. y Cuestas, A. (2005). *Algunos fundamentos psicológicos del concepto de resiliencia*. En A. Melillo y E. N. Suárez. Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Argentina: Paidós.

Montiel, L. (1998). *Las trampas de la prevención: peligros ocultos en un discurso médico hegemónico*. En L. Montiel y I. Porras. De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima. Madrid: Doce Calles.

Morales, C. H. (s.f.). *El adolescente infractor en conflicto con la ley penal: una perspectiva sociopsicológica del sistema de justicia penal juvenil en el Perú*. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú. Tomado de la página electrónica de la Organización Mundial de la Salud <http://www.paho.org/CDMEDIA/FCHGTZ/Enlaces/Violencia/EI%20Sistema%20de%20Justicia%20Penal%20Juvenil%20en%20el%20Per.pdf>. Consultada el 2 de junio de 2007.

Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M. A., Suárez, E. N., Infante, F. y Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.

Munist, M. y Suárez, E. N. (2004). *Resiliencia en los adolescentes*. En Melillo, A., Suárez, E. N. y Rodríguez, D. *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de vida*. Argentina: Paidós.

Muuss, R. E. (1984). *Teorías de la adolescencia*. México: Paidós.

Navarro M. Y. y Ruiz, C. K. (2005). *Suicidio, intento e ideación: análisis comparativo de características psicológicas predominantes en niños y adolescentes varones hospitalizados*. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

OMS (2001). *Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Ginebra. <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps050909.htm> Consultada el 21 de abril de 2007.

OPS (2003). *La violencia autoinflingida*. Página electrónica de la Organización Panamericana de la Salud: http://www.paho.org/spanish/AM/PUB/capítulo_7.pdf Consultada el 28 de junio de 2007.

OPS (2006). *Prevención de violencia que afecta a jóvenes y adolescentes de América Latina*. Página electrónica de la Organización Panamericana de la Salud: <http://www.paho.org/CDMEDIA/FCHGTZ/INFORMACION%20REGIONAL/TEACH%20VIP%20YOUTH/MODULOS/modulo5/Modulo%205.pdf> Consultada el 26 de junio de 2007.

Papalia, D. E. (2005). *Psicología del desarrollo*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Pelkonen, M. y Marttunen, M. (2003). *Child and adolescent suicide. Epidemiology, risk factors, and approaches to prevention*. *Pediatr drugs*; 5(4), 243-265.

Pérez, B. S. (s.f.). *¿Cómo prevenir el suicidio en la adolescencia?* <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/comportamiento.shtml>

Consultada el 7 de mayo de 2007.

Prinstein, M. J., Boergers, J., Spirito, A., Little, T. D. y Grapentine, W. L. (2000). *Peer functioning, family disfunction and psychological symptoms in a risk factor model for adolescents inpatients' suicidal ideation severity*. Journal of Child Psychology; 29(3), 392-05.

Puentes, R. E., López, N. L. y Martínez, M. T. (2004). *La mortalidad por suicidios: México 1990-2001*. Revista Panamericana de Salud Pública; 16(2), 102-109.

Reinherz, H. Z., Tanner, J. L., Berger, S. R., Beardslee, W. R. y Fitzmaurice, G. M. (2006). *Adolescent Suicidal Ideation as Predictive of Psychopathology, Suicidal Behavior, and Compromised Functioning at Age 30*. The American Journal of Psychiatry; 163 (7), 1226-1232.

Reyes, I. (2007). *Programa escolar de prevención para niños y adolescentes*. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Rice, P. (1999). *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. España: Prentice Hall.

Rodríguez, S. (2004). *Factores familiares y de pares asociados al consumo de drogas*. Tesis de maestría inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Rutter, P. A. y Behrendt, A. E. (summer 2004). *Adolescent suicide risk: four psychosocial factors*. Adolescence; 39(154), 295-303.

Santrock, J. W. (2003). *Adolescencia*. (Novena edición) España: McGraw-Hill.

Sarró, B. y De la Cruz, C. (1991). *Los suicidios*. México: Martínez Roca.

Shaffer, D. R. (1999). *Psicología del desarrollo. Infancia y Adolescencia*. (5ta. Ed.). México: internacional Thomson Editores.

Sandin, B., Chorot, P., Santed, M.A., Valiente, R. M. y Joiner, T. E. (1998). *Negative life events and adolescent suicidal behavior: a critical analysis from the stress process perspective*. Journal of Adolescence, 21, 415-426.

Spirito, A., Valeri, J., Boergers, J. y Donaldson, D. (2003). *Predictors of continued suicidal behavior in adolescents following a suicide attempt*. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32(2), 284-289.

Steinhausen, H. C. y Winkler, M. C. (2004). *The impact of suicidal ideation in preadolescence, adolescence, and young adulthood on psychosocial functioning*

and psychopathology in young adulthood. Acta Psychiatrica Scandinavica, 110, 438-Acta Psychiatrica Scandinavica, 110, 438-445.

Stengel, E. (1965). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. Buenos Aires: Paidós.

Sun, R. C., Hui, E. K. y Watkins, D. (2006). *Towards a model for suicidal ideation for Hong Kong Chinese adolescents*. *Journal of adolescence*, 29, 209-224.

Ungar, M. (2005) *Handbook for Working with Children and Youth. Pathways to Resilience Across Cultures and Contexts*. USA: Sage.

Unikel, C. (2003). *Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis doctoral inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Vargas, R. E. *Los emos, respuesta a cambios en la sociedad y modelos de familia*.

<http://www.jornada.unam.mx/2008/03/31/index.php?section=sociedad&article=042n1soc> , consultada el 12 de abril de 2008.

Villardón, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar. Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.

Wilburn, V. R. y Smith, D. E. (spring 2005). *Stress, self-esteem, and suicidal ideation in late adolescents*. *Adolescence*, 40(157), 33-43.

Witte, T. K., Fitzpatrick, K. K., Joiner, T. E. y Shmidt, N. B. (2005). *Variability in suicidal ideation: A better predictor of suicide attempts than intensity or duration of ideation?* *Journal of Affective Disorders*, 88, 131-136.

Zimmerman y Asnis (1995). *Treatment approaches with suicidal adolescents*. Nueva York: Einstein. Psychiatry series.