



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“SEGUIMIENTO DE UN GRUPO DE ADOLESCENTES CON IDEACIÓN
SUICIDA”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO
DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

AXEL EDUARDO RUIZ LÓPEZ

DIRECTORA DE TESIS

DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO

REVISORA DE TESIS

MTRA. MARÍA CRISTINA HEREDIA ANCONA

MÉXICO, D.F.

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.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis pudo ser realizada gracias al apoyo del Proyecto de investigación IN302206 *Resiliencia y Afrontamiento en la Salud Mental de los Adolescentes*, el cual desde un principio adoptó mi proyecto.

Un agradecimiento muy especial a la Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo por toda su ayuda y apoyo, pero sobre todo por haberme dado la oportunidad de haberme recibido para formar parte de su equipo de trabajo, y darme la confianza para realizar este proyecto que me ha hecho crecer de forma personal y profesional.

A la Mtra. Consuelo Durán Patiño y al Dr. Quetzalcóatl Hernández Cervantes por sus consejos y por haberme brindado su ayuda en todo momento, y también sin ser menos importantes a todos aquellos que forman parte del equipo de trabajo por su apoyo a lo largo de este proyecto.

Gracias...

DEDICATORIA

A mis papás, por su apoyo y cariño incondicional ante cualquier objetivo que me he propuesto y que por supuesto me han ayudado a alcanzarlo, por creer en mí, por su comprensión, por tenerme tanta paciencia, pero sobre todo por ser mi papás.

Los quiero mucho...

A mi familia (Abuelitos y tíos), por su apoyo y por estar siempre pendiente de mí en todo momento.

A mis muy buenos y queridos amigos (Lugue, Kain, Carlitos, Vince y Omar), por compartir tan buenos y malos momentos y que por supuesto espero seguir compartiendo por mucho tiempo más, por estar ahí siempre cuando más los necesito, por su confianza y por brindarme su amistad sin reserva alguna.

A Ramón por toda su paciencia, por todo su respeto y aceptarme tal cual soy, por estar siempre conmigo en las buenas y en las malas apoyándome, y por darme ánimo en todo momento para la realización de esta meta alcanzada.

A mis compañeros y amigos de gimnasia del Frontón Cerrado por su confianza, respeto y por todas esas buenas experiencias que hemos vivido y compartido juntos; tanto dentro como fuera del gimnasio.

A mis amigas y compañeras de Sirius (Vero, Eve y Nizea), por su apoyo en todo momento, por creer en mí y darme la oportunidad de formar parte de su equipo de entrenadores que me ha servido para crecer como persona y profesionalmente.

Tabla de Contenido

Resumen	1
Introducción	3
Capítulo 1. La adolescencia	
1.1 Bases biológicas	6
<i>Desarrollo de las características sexuales</i>	7
<i>Autoconcepto y autoestima en el adolescente</i>	9
1.2 Desarrollo cognoscitivo	10
<i>Teoría de Jean Piaget</i>	10
1.3 La familia en la adolescencia	12
<i>Comunicación con la familia</i>	13
<i>Relaciones familiares</i>	14
1.4 Desarrollo moral en el adolescente	15
<i>Ideas del desarrollo moral de Kohlberg</i>	16
1.5 Desarrollo intelectual	17
<i>Inteligencia emocional</i>	18
1.6 La escuela	19
<i>Relaciones de los profesores con el alumno adolescente</i>	19
<i>Fracaso escolar</i>	20
<i>Los compañeros</i>	21
1.7 Desarrollo social	21
<i>Teoría de Erick Erickson</i>	21
1.8 La influencia social en el adolescente	22
<i>La sociedad adolescente</i>	23
<i>El grupo de iguales y su importancia en esta etapa de la vida.</i>	24
<i>Enamoramiento en la adolescencia</i>	25

1.9 Problemas y trastornos adolescentes	25
<i>La droga y el alcohol</i>	26
<i>Delincuencia y violencia</i>	27
<i>Depresión</i>	29
<i>Suicidio</i>	30

Capítulo 2. Suicidio

2.1 El suicidio adolescente	32
<i>Intento de suicidio</i>	34
<i>Ideación suicida</i>	35
<i>Plan suicida</i>	35
<i>Parasuicidio</i>	35
2.2 Epidemiología del suicidio en el adolescente	36
<i>Epidemiología del suicidio en el mundo</i>	36
<i>Epidemiología del suicidio de México</i>	37
<i>Diferencia por sexo y edad</i>	40

Capítulo 3. Resiliencia

3.1 La resiliencia en el adolescente	43
3.2 Factores de Riesgo	47
3.3 Factores Personales	48
<i>Psicopatología</i>	48
<i>Depresión</i>	48
<i>Desesperanza</i>	49
<i>Abuso de sustancias</i>	50
3.4 Factores familiares	50
<i>Familia disfuncional</i>	50
<i>Historia familiar con comportamiento suicida</i>	51
<i>Psicopatología parental</i>	51
3.5 Factor socioambiental	51

<i>Abuso sexual</i>	51
<i>Problemas escolares</i>	52
<i>Imitación</i>	52
<i>Sucesos de vida estresantes</i>	52
3.6 Factores Protectores	53
<i>La familia (factores protectores)</i>	54
<i>Factor escolar</i>	55
<i>Factor social</i>	55
<i>Autoeficacia</i>	57
<i>Autoestima</i>	57
<i>Religión</i>	58
<i>Locus de control</i>	58
<i>Coficiente intelectual</i>	60

Capítulo 4. Metodología

4.1 Planteamiento del problema	61
4.2 Objetivo específico	61
4.3 Justificación	61
4.4 Participantes	61
4.5 Tipo de estudio	62
4.6 Escenario	62
4.7 Descripción de los instrumentos	62
<i>Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes “IRIS”</i>	62
<i>Inventario Autodescriptivo del Adolescente “IADA”</i>	63
<i>Test de Raven</i>	65
<i>Formato de entrevista para la detección de la ideación suicida</i>	65
<i>Boleta de calificaciones</i>	66
4.8 Procedimiento	66
4.9 Análisis de datos	68

Capítulo 5. Resultados

5.1 Descripción general de la muestra	70
5.2 Perfiles psicométricos de la muestra	73
5.3 Perfiles psicométricos de los adolescentes resilientes	73
<i>Participante 1: ID 1117</i>	73
<i>Participante 2: ID 1430</i>	77
<i>Participante 3: ID 1130</i>	79
<i>Participante 4: ID 1319</i>	83
5.4 Perfiles psicométricos de los adolescentes en riesgo	87
<i>Participante 5: ID 1108</i>	87
<i>Participante 6: ID 1240</i>	90
<i>Participante 7: ID 1529</i>	93

Capítulo 6. Discusión y Conclusiones

6.1 Sobre el riesgo de ideación suicida	97
6.2 Sobre las descripciones del IADA y su relación con la ideación suicida	99
<i>Sobre el área familiar</i>	99
<i>Sobre el área social</i>	100
<i>Sobre el área personal</i>	101
<i>Sobre el área escolar</i>	102
<i>Sobre el área de salud</i>	103
6.3 Sobre el CI y el riesgo de ideación suicida	104
6.4 Sobre la entrevista	106

Capítulo 7. Limitaciones y Sugerencias

Referencias

Anexo

Resumen

Para esta tesis se hizo un seguimiento con un grupo de adolescentes de una secundaria pública. La población estudiada fue de siete alumnos con edades de entre 14 y 15 años de edad del tercer año de secundaria.

El propósito de esta investigación fue detectar a los adolescentes que presentaron ideación suicida, a los cuales previamente se les aplicó una serie de instrumentos que evalúan y detectan dicho riesgo, para que posteriormente dentro de este grupo de adolescentes con ideación suicida, se pudiera hacer una detección de aquellos alumnos que ante ciertos factores de riesgo fueran resilientes ante la ideación suicida.

Para esta investigación se realizaron entrevistas individuales y la aplicación de instrumentos que detectaron e identificaron tanto los indicadores resilientes, como la ideación suicida.

Con las entrevistas individuales que se realizaron, se identificó a los adolescentes que cumplieron con los perfiles de los adolescentes que presentaron ideación suicida; así como también, aquellos adolescentes que presentaron características resilientes. Con la ayuda del Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA), se detectaron a los adolescentes escolares que estuvieron expuestos a problemas emocionales, a partir de los sucesos estresantes y la evaluación afectiva que el mismo adolescente hizo de ellos. Las autodescripciones de estos adolescentes nos permitieron identificar la ubicación de la problemática, principalmente en las áreas familiar, social y de salud.

El Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS), permitió hacer la identificación y detección de los adolescentes que presentaron ideación suicida, de los cuales se logró detectar dentro de la muestra a cuatro estudiantes que lograron disminuir el riesgo con respecto a la primera aplicación y evaluación del instrumento. Y el resto de los participantes que conformaron la muestra, tres estudiantes no disminuyeron el riesgo refiriéndolos a un proceso de intervención

psicológica cuyo objetivo fue la reducción del riesgo y la prevención de la conducta suicida y la ideación suicida.

Finalmente con el test de Raven se midió la capacidad intelectual (CI) de cada adolescente, obteniendo la mayoría de la muestra, perfiles superiores al término medio con la finalidad de evaluar si la interacción entre los sucesos estresantes y su CI mostraban un buen ajuste y adaptación ante situaciones de riesgo.

Introducción

A menudo se ha dicho que, los adolescentes son el grupo más saludable dentro de la sociedad en la que estamos inmersos. Ellos hacen menos uso de los servicios de salud, en comparación con otros grupos de edad y aparentemente los adolescentes; muestran menos interés que los adultos con lo que respecta al ámbito de la salud.

Andrew Coop (2005) remarcó que, muchas de nuestras preocupaciones tienen que ver con respecto al aumento de la salud a largo plazo en la población adolescente. Hay muchos indicadores así como, la salud mental, el suicidio y la autolesión, la obesidad y la falta de ejercicio, el fumar, el alcoholismo y las drogas, las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo adolescente; donde los adolescentes han disminuido alarmantemente su salud o por lo menos han dado causas de preocupación por su salud. Especialmente, dentro de una sociedad madura necesitamos adolescentes saludables, motivados y cultos para guardar una sociedad brillante, próspera y productiva (Coleman, Hendry & Kloep, 2007).

Durante las dos últimas décadas, la mortandad entre los adolescentes se ha presentado mucho más en comparación con otros grupos de edades, principalmente porque los números de muertes causadas por autolesiones y el suicidio adolescente, que ha aumentado en estos últimos años.

En años recientes las investigaciones acerca de la prevalencia, el correlato y la etología del suicidio en jóvenes adolescentes han aumentado. La ideación suicida y los intentos de suicidio se han vuelto algo común entre los adolescentes, donde los factores de riesgo de estos comportamientos son bien explicados por desventajas en factores sociales y familiares, problemas de salud mental, factores personales y por exposiciones a sucesos estresantes que al combinarlos incrementan la vulnerabilidad al comportamiento suicida (Fergusson, Beauvais & Horwood, 2003).

El propósito de esta tesis fue hacer una selección y evaluación de aquellos adolescentes escolares que con anterioridad presentaban ideación suicida, además de que ellos habían decidido no participar en el grupo de intervención que se realizó dentro de las mismas instalaciones donde se encontraban estudiando dichos adolescentes.

El objetivo central de esta tesis fue hacer una detección de los indicadores resilientes por medio de entrevistas individuales, así como también aplicar ciertos instrumentos que nos permitieron identificar a los adolescentes que continúan en riesgo y aquellos adolescentes resilientes. Se sabe que algunos adolescentes en riesgo, pueden tener grandes posibilidades de vencer ciertos sucesos estresantes que pueden dar lugar a una vida llena de disfuncionalidades. Los adolescentes pueden ser capaces de sobrevivir severas experiencias estresantes y transformarlas en fortalezas personales.

Esta habilidad para superar obstáculos de la vida construye el carácter e inculca el conocimiento que les puede ayudar a armarse de valor para futuros sucesos estresantes. La adaptabilidad es por seguro una característica importante, de lo que distingue a un adolescente resiliente de un adolescente vulnerable (Brown, 2004).

Dentro del objetivo específico se encuentra en detectar, cuales son los indicadores resilientes más potentes para que un adolescente haya logrado tanto la reducción del riesgo de ideación como la resiliencia, sin haber llegado al intento suicida. Hay que tener en cuenta que la resiliencia es de naturaleza multidimensional, ejemplificada con el hecho de que hay hallazgos en que algunos adolescentes de alto riesgo manifiestan competencias en algunas áreas pero que están expuestos a problemas en algunas otras.

Adicionalmente, una vez hecha esta detección de los adolescentes que se encuentren en riesgo se les sugerirá y se les brindará apoyo psicológico con el propósito de disminuir el riesgo de ideación o intento suicida, según sea el caso. La promoción de la resiliencia en los adolescentes es de suma importancia hoy en día, donde principalmente sea posible identificar y responder eficazmente ante ciertos riesgos, experimentando situaciones de adversidad de tal forma que deberán estar dotados con habilidades y competencias tanto sociales como

emocionales que se encontrarán a lo largo de su desarrollo. Dichas situaciones que se presentan en su desarrollo deberán tener el objetivo principal de promover la resiliencia en el adolescente.

Capítulo 1

La adolescencia

Comparados con otros grupos de edades los adolescentes disfrutaban relativamente de un status de buena salud, en muchos sentidos este es el mejor y el peor momento para los adolescentes. Su mundo les ofrece posibilidades y perspectivas que eran inconcebibles hace un siglo como las computadoras, mayor esperanza de vida, accesibilidad a todo el planeta a través de la televisión, los satélites y los viajes.

Sin embargo hoy en día, los peligros del mundo adulto llegan a los niños y a los adolescentes tan pronto que ellos no están preparados cognoscitivamente como emocionalmente para asimilarlas de forma eficaz. En el mundo actual una de las principales preocupaciones es el tipo de valores que estamos transmitiendo a los adolescentes. En muchos sentidos los adolescentes de hoy en día se encuentran con un entorno mucho menos estable; los elevados índices de divorcio y de embarazo adolescente y la mayor movilidad geográfica de las familias contribuyen a esta falta de estabilidad, así como también, los índices de consumo de drogas entre los adolescentes han crecido en diversos países.

La adolescencia no es una etapa de rebeldía, crisis, patología y desviación para la gran mayoría de los jóvenes. Una visión mucho más acertada de la adolescencia es la de describir a esta etapa como un periodo de evaluación, toma de decisiones, asunción de compromisos y búsqueda de un lugar en el mundo. El desarrollo de todo adolescente ocurre sobre un telón de fondo cultural en el que están involucrados múltiples contextos ; en lo que se incluyen a las familias, a los chicos de su misma edad, los centros de enseñanza, las iglesias, los vecindarios y muchos otros (Santrock, 2004).

La adolescencia es un periodo entre la niñez y la edad adulta. La transición de una etapa a otra es gradual e indeterminada, y no tiene la misma duración para todas las personas.

La adolescencia es reconocida en la sociedad occidental, como una fase de transición en el desarrollo de la personalidad, donde los individuos abandonan el mundo infantil, buscando un espacio psicológico y social en la comunidad adulta. Esta etapa impone al individuo una gran diversidad de tareas que lo llevará a alcanzar la autonomía expresada en independencia de los padres, posibilidad de una relación de la pareja, amistades propias e inserción en el mundo laboral (Vinet & Alarcón, 2003).

Una visión biológica de la adolescencia, enfatiza este periodo de maduración física y sexual durante el cual tienen lugares importantes cambios evolutivos en el cuerpo del niño. Una definición biológica, delimita en detalle estos cambios físicos, sexuales y psicológicos; sus razones y consecuencias.

1.1 BASES BIOLÓGICAS.

La adolescencia se describe como un periodo de maduración sexual y desarrollo físico. Una serie de cambios importantes ocurren en los órganos sexuales durante la adolescencia, este desarrollo se acelera comenzando en torno a los 11 años y medio con un rápido crecimiento hasta los 13 años y medio. Estas edades son promedio, un rápido crecimiento puede empezar entre los 9 años y medio y los 13 años y medio, finalizando entre los 13 y 17 años (Rice, 2000).

Hay investigaciones que demuestran, que los hombres atraviesan ciclos de humor que afectan a su conducta. Sin embargo no hay evidencia que tales evidencias se correspondan con fluctuaciones con los niveles de testosterona. Hay tantos factores que afectan las fluctuaciones de humor, como pueden ser el clima, la salud, la fatiga, el día de la semana, los acontecimientos sociales, etc.; que es imposible afirmar que estén causados enteramente por cambios fisiológicos.

Erhardt y Meyer (1981) han encontrado evidencia de que hay una correlación entre los niveles altos de testosterona y un aumento en la agresión. La progresiva maduración física en los chicos está asociada con el humor positivo, una mejor atención e informar con mayor frecuencia de sentimientos internos; además existe una asociación más fuerte entre pubertad y experiencia

emocional, dónde se ha observado que hay un vínculo con un sentimiento específico de estar enamorado.

En el transcurso de la adolescencia las formas corporales se modifican de tal manera que van a realizar los modelos femenino y masculino, propios de la morfología de los seres humanos. En ambos sexos los cambios puberales duran en promedio unos cinco o seis años, estimación que debe de ser modulada teniendo en cuenta el efecto de las diferencias individuales de ritmo (Corral et al., 2003).

La maduración sexual en la pubertad incluye no sólo el desarrollo de los órganos reproductores, sino de las características sexuales secundarias; esto incluye la aparición del vello corporal, los cambios de voz, el desarrollo de los cambios corporales de hombres y mujer maduros y otros cambios menores. Las edades reales pueden abarcar varios años antes y después, teniendo las diferencias individuales una base hereditaria. Aunque las niñas maduran dos años más temprano que los niños, en promedio, el ritmo de desarrollo no es siempre consistente; un niño que madura tempranamente puede ser más joven que una niña que madura tardíamente (Rice, 2000).

La edad de maduración sexual se extiende a lo largo de un periodo tan amplio que cualquier edad dentro de este periodo debería ser considerada normal. Hablando en general, la media de edad para la maduración sexual ha ido disminuyendo a lo largo de los años, debido al mejor cuidado de la salud de la generación de jóvenes actual.

Desarrollo de las características sexuales.

El desarrollo de las características sexuales secundarias en los niños es un proceso gradual. El inicio del desarrollo del vello tanto púbico y axilar, el crecimiento de la barba que aparece cerca del final de la secuencia total hacia el final del proceso. Posteriormente continúa el desarrollo muscular, el ensanchamiento de los hombros y del pecho y otros cambios en el contorno del cuerpo. Generalmente un chico alcanza el 98% de su altura adulta en torno a los 17 años y 3 meses de edad, 10 meses arriba 10 meses abajo.

Los cambios de de voz se deben al rápido desarrollo de la laringe y la longitud de las cuerdas vocales. Las cuerdas vocales casi duplican su tamaño, bajando el tono una octava, el volumen aumenta y la calidad del tono es más agradable. La voz ronca o los cambios de tono inesperados pueden durar hasta los 16 o 18 años de edad. Una de las consecuencias más inmediatas de la maduración sexual es la aparición de la preocupación por el sexo, las sensaciones nuevas y por el sexo opuesto. Este despertar en el interés sexual motiva a los adolescentes a dedicar mucho más tiempo y atención y cuidado de su apariencia y a la ropa, al logro de un tipo de cuerpo y su cuidado o simplemente varios intentos por tratar de atraer la atención de las chicas (Rice, 2000).

En el caso de las mujeres el desarrollo del vello púbico es casi similar al proceso que ocurre en los chicos, el vello facial en las mujeres aparece al principio de forma muy débil en el labio superior, después se extiende a la parte superior de la mejillas y finalmente a los lados y bajo la barbilla; es una textura más fina que el de los hombres. El vello axilar crece unos dos años después que el vello púbico y el vello corporal en los brazos y en las piernas es el último en aparecer.

Uno de los cambios más aparentes en las chicas es el desarrollo de los pechos, las adolescentes se preocupan por el tamaño y a forma de su pecho. Algunas chicas que tiene el pecho liso se avergüenzan por ello, porque están influidas por el énfasis que pone la sociedad en los pechos grandes como señal de belleza y sexualidad. Para las mujeres los cambios corporales que tienen lugar en el contorno del cuerpo son preocupantes, dónde el cambio también más notorio después del crecimiento del pecho es el ensanchamiento de la pelvis y el aumento en el depósito de grasa en el tejido subcutáneo de esta zona. Estos cambios ocurren en un periodo que abarca unos 18 meses, comenzando generalmente al mismo tiempo que el florecimiento del pecho.

Las chicas dejan de crecer en promedio, a la edad de 16 años y 3 meses con una variación de 13 meses arriba 13 meses abajo. Hay evidencia de que las chicas adolescentes se encuentran más preocupadas que los chicos adolescentes, por los cambios físicos que tienen lugar en sus cuerpos; la razón principal de este suceso es que la sociedad, pone un gran énfasis sobre el físico

de las mujeres. La preocupación de una chica adolescente es la de ajustarse a las normas culturales sobre la apariencia física para obtener aprobaciones de sus amigos; en consecuencia el atractivo y la popularidad se convierten en asuntos importantes.

Los cambios corporales y la manera como el joven los percibe, modifican el contexto de su relaciones con los otros. Para una gran mayoría de los adolescentes, la maduración puberal no constituye una experiencia traumatizante; así el crecimiento y la sexualización del cuerpo son percibidos como signos de un desarrollo y progreso que enriquecen la personalidad y preparan ya el futuro. En cambio para otros adolescentes que viven mala la experiencia de los cambios puberales, tanto en sí mismos como en sus relaciones con el ambiente que los rodea como en la escuela, la familia y compañeros.

Autoconcepto y autoestima en la adolescencia.

Las imágenes del propio cuerpo se elaboran en el contexto de las relaciones cotidianas con los otros. Tal y como los adolescentes la construyen, la imagen del propio cuerpo es siempre multidimensional e incluye diferentes facetas que, con mucha frecuencia, van más allá de la morfología. Una lista no exhaustiva de sus principales componentes debería de ser sin duda la de incluir a la autoestima, las diferentes formas de la sensibilidad que integran la autoimagen, así como las relaciones del sujeto con las personas significativas de su medio ambiente (Corral et al., 2003).

El primer momento del desarrollo del autoconcepto es cuando una persona reconoce que él o ella es distinto, un individuo separado comenzando desde la niñez temprana. Describe lo que los individuos ven cuando se miran a sí mismos en términos de sus características físicas autopercebidas, de su personalidad, sus habilidades, sus rasgos y su estatus social (Rice, 2000). Los autoconceptos pueden tener o no enfoques cercanos a la realidad, estando siempre en proceso de cambio particularmente durante la niñez.

Habiendo construido conceptos sobre sí mismos, los adolescentes deben enfrentarse a la estima que consideran que tienen de sí mismos. La noción de autoestima corresponde a la dimensión evolutiva de la identidad personal e incluye las representaciones de uno mismo y las

creencias a propósito de sí mismo que cada individuo elabora desde la infancia en relación con su entorno (Corral et al., 2003). Al principio de la pubertad la mayoría de los jóvenes comienzan a realizar evaluaciones sobre sí mismos, comparando no solamente aspectos físicos sino también habilidades motoras, capacidades intelectuales y habilidades sociales con sus iguales y con los de sus ideales o héroes.

La baja autoestima se ha considerado como factor que influye en el abuso de las drogas, en el embarazo no deseado, con los trastornos de la alimentación como la anorexia nerviosa y la bulimia, así como también con la ansiedad y la depresión. Sin embargo, la aceptación de uno mismo esta correlacionada de forma positiva y significativa con aceptar y ser aceptado por otros, de esta manera hay un ajuste entre la autoconcepción y el ajuste social. Cada vez, se encuentran más datos que apoyan la correlación que hay entre el autoconcepto y el rendimiento escolar; entre mayor éxito escolar tienen los estudiantes mayor es su sentido de valía personal sintiéndose mejor consigo mismos.

Quien ha tenido una autoestima alta tiende a tener mayor rendimiento académico, en general a mejores notas más probabilidad tienen los estudiantes de tener una autoconcepción de alto nivel. En cambio los estudiantes que tienen actitudes negativas hacia sí mismos se imponen limitaciones sobre su propio logro, sintiéndose poco capaces hagan lo que hagan o que no son suficientemente inteligentes.

1.2 DESARROLLO COGNOSCITIVO.

Cuando la gente piensa sobre los cambios asociados a la adolescencia, regularmente se centra en los cambios biológicos de la pubertad y en los cambios socioemocionales, como la independencia, la construcción de la identidad, las relaciones con los padres y los compañeros e iguales; no obstante los adolescentes experimentan cambios cognoscitivos impresionantes.

Teoría de Jean Piaget.

La teoría de Jean Piaget hizo hincapié en que los adolescentes están motivados a entender el mundo porque es biológicamente adaptativo. De igual manera los adolescentes construyen

activamente su mundo; no se limitan a acumular en sus mentes información procedente del entorno para que de esta forma puedan dar sentido al mundo, organizando sus experiencias separando las ideas más importantes de las menos importantes y conectar sus ideas entre sí. En su construcción activa de la comprensión, los adolescentes utilizan esquemas. Un *esquema* son aquellos conceptos o marcos que existen en la mente del individuo para organizar e interpretar la información.

Piaget afirmó que los adolescentes utilizan también dos procesos para usar y adaptar sus esquemas como la asimilación y la acomodación. La *asimilación* tiene que ver con que el individuo incorpora información nueva a un esquema preexistente. Es importante remarcar que dentro de la asimilación el esquema no se modifica; en cambio la *acomodación* tiene lugar cuando un individuo ajusta sus esquemas a la información nueva.

Dentro de su interés por lo niños y adolescentes, Piaget creía que se produce un desplazamiento considerable entre estados de equilibrio cognoscitivo a medida que la asimilación y la acomodación operan conjuntamente para producir cambios cognoscitivos, abriendo camino a otro mecanismo que explica como los adolescentes cambian de estadio de pensamiento al siguiente llamado *equilibración*. Este cambio tiene lugar cuando experimentan un conflicto cognoscitivo o un desequilibrio al intentar entender el mundo y al final, el adolescente resuelve el conflicto y alcanza de nuevo un equilibrio cognoscitivo (Santrock, 2004).

Piaget también creía que atravesábamos por cuatro estadios para una comprensión del mundo. Cada estadio está relacionado con la edad e implica una forma particular de pensar. Es la forma de entender al mundo lo que determina que un estadio sea más avanzado que otro; tener más conocimiento no determina que un adolescente piense de una forma más avanzada.

El *estadio sensoriomotor* que abarca desde el nacimiento hasta los dos años, y es donde se construye la comprensión del mundo coordinando experiencias sensoriales (visión y audición), así como también acciones físicas o motoras.

El *estadio preoperacional* que comprende desde los dos años hasta los siete años de edad. Aquí es donde los niños empiezan a representar al mundo con palabras, imágenes y dibujos. El

pensamiento simbólico va más allá del establecimiento de conexiones entre la información sensorial y las acciones.

El *estadio de las operaciones formales concretas* que se extiende aproximadamente desde los siete a los once años, y es este estadio donde los niños son capaces de realizar operaciones. El razonamiento lógico sustituye al pensamiento intuitivo, siempre y cuando se aplique a ejemplos concretos o específicos.

El *estadio de las operaciones formales* que abarca desde los once hasta los quince años de edad y es aquí donde los adolescentes van más allá de las experiencias concretas y piensan de una forma más abstracta y lógica. Esta forma de pensar, permite al adolescente elaborar imágenes mentales de situaciones hipotéticas, a la hora de resolver un problema los adolescentes son más sistemáticos formulando hipótesis sobre porqué las cosas ocurren del modo en que ocurren y las ponen a prueba utilizando la educación.

El pensamiento operacional formal suele aparecer hacia la mitad de la adolescencia, y es en este estadio donde la asimilación del pensamiento operacional formal marcara la transición a la adolescencia. Algunos expertos en desarrollo se preguntan si la adquisición de conocimientos podría explicar todo el desarrollo cognoscitivo, sin embargo la mayoría de los investigadores sostienen que para entender el mundo del adolescente se debe apelar tanto a cambios cognoscitivos de carácter cualitativo en áreas como el pensamiento concreto y formal como a la adquisición de conocimientos a través de la experiencia (Santrock, 2004).

1.3 LA FAMILIA EN LA ADOLESCENCIA.

El desarrollo humano, canalizado por procesos de mediación interpersonal, es fundamentalmente un proceso mediante el cual nos hacemos miembros de nuestra cultura. Como principal instancia de socialización, la familia aparece como un principal mediador sociocultural cuyas prácticas contribuyen decisivamente a la definición de la trayectoria evolutiva de sus miembros. La familia y el medio sociocultural están íntimamente relacionados. Todas las culturas tienen en común la expectativa de que las familias muestran cierta eficacia en crear cuidados competentes, esto

quiere decir, que integren con éxito a sus hijos en su contexto sociocultural de relaciones (Corral et al., 2003).

La llegada de la adolescencia supone una importante serie de cambios biológicos, cognoscitivos y afectivos que perturban este panorama en el sistema familiar. Por ejemplo la pubertad introduce en el adolescente cambios hormonales, que llevan consigo cambios en la expresión de la afectividad entre los padres evitando el contacto físico. Por otro lado los cambios cognoscitivos permiten al adolescente evaluar la realidad a partir de diferentes puntos de vista, de imaginar modos de funcionamiento diferente y de elaborar respuestas propias.

Hay un incremento en la capacidad para poder debatir las reglas familiares, con el fin de cuestionar la legitimidad del control parental en determinadas áreas. El adolescente es capaz de prolongar las discusiones y su manejo del razonamiento puede hacerle aparecer como más desafiante; sin embargo, al mismo tiempo los padres también pueden exigirle al adolescente que razone más sus posiciones.

Hay investigaciones que indican que los jóvenes quieren y necesitan padres que desplieguen las siguientes características (Rice, 2000):

- Qué interés tienen por nosotros y que tan dispuestos están a ayudarnos cuando los necesitamos.
- Realmente nos escuchan e intentan comprendernos.
- Necesitamos saber que nos quieren.
- Necesitamos que muestren aprobación por nosotros.
- Queremos que nos acepten tal y como somos, con todos y nuestros errores.
- Confían en nosotros y esperan lo mejor de nosotros.
- Nos tratan como a una persona mayor.
- Nos guían.
- Son personas felices, con buenas disposiciones y sentido del humor; que crean un hogar feliz y que son buen ejemplo para nosotros.

La familia, al igual que cualquier otro sistema social, tiende a alguna forma de estabilización a través continuos acuerdos, generalmente de manera implícita; esto quiere decir que los miembros de la familia se comportan de forma regular de forma que las conductas de cada miembro son hasta cierto punto previsible, favoreciendo el acoplamiento mutuo. Estos acuerdos mutuos o reglas, prescriben y limitan las conductas de los individuos y rigen la organización de sistema; normalmente estas reglas no son explícitas, y por lo general solo se reconoce después de haberlas transgredido.

Los adolescentes saben que importan a sus padres por el interés que muestran por ellos, por su voluntad de mantenerse a su lado y ayudarles cuando lo necesitan. El apoyo positivo de los padres está asociado con estrechas relaciones con los padres y los hermanos, con una alta autoestima, con el éxito académico y con desarrollo moral avanzado. El apoyo negativo por parte de los padres puede tener el efecto contrario, como lo es la baja autoestima, pobre rendimiento escolar, conducta impulsiva, pobre adaptación social y conducta desviada y antisocial o delincuencia.

Comunicación con la familia.

La comunicación con los padres se deteriora hasta cierto punto durante la adolescencia. Esto quiere decir que los adolescentes pasan mucho menos tiempo interactuando con sus padres que cuando eran más pequeños, dan menos información a su padres y en ocasiones la comunicación con ellos se hace más difícil.

Quizá una razón importante que considerar para la falta de comunicación es que muchos padres no escuchan a sus hijos, tampoco aceptan sus opiniones como relevantes, ni intentan comprender sus sentimientos y puntos de vista. Lo que demandan los adolescentes hoy en día es, tener padres que hablen con ellos, no a ellos, es decir, de una forma comprensiva.

Los padres que se niegan a hablar y concluyen discusiones de una forma brusca imponiendo su autoridad, están cerrando la puerta a la comunicación efectiva; haciendo que los adolescentes se nieguen a discutir una cuestión razonable. Los sentimientos y las opiniones de los

niños y adolescentes no han sido tomados en cuenta, por lo que ellos tampoco aprenden a considerar tanto los sentimientos como las opiniones de los demás.

La comunicación es una llave para las relaciones armoniosas padres-hijos; si las familias tiene que hablar tiene que estar y dedicar el tiempo suficiente para ello, de igual modo tienen que desarrollar una cierta apertura entre las generaciones. La gran mayoría de los adolescentes necesitan una gran cantidad de amor y demostración de afecto por parte de los padres, un componente importante del amor es la aceptación incondicional. Los adolescentes necesitan saber que son valorados, aceptados y que sus padres les gusta su forma de ser; también los adolescentes quieren padres que sean tolerantes, con la individualidad, la intimidad y las diferencias interpersonales en la familia (Rice, 2000).

Relaciones familiares.

Las relaciones con sus hermanos y hermanas son de importancia vital porque pueden tener una influencia duradera sobre el desarrollo, la personalidad adulta y las funciones sociales asumidas.

Los hermanos mayores tienden a servir de modelos de rol para los hermanos más pequeños, y de la misma forma sirven como sustitutos de los padres y como cuidadores. Muchos adolescentes aprenden los roles adultos y las responsabilidades cuidando a sus hermanos más pequeños a lo largo de su desarrollo. También los hermanos mayores proporcionan con frecuencia compañía, amistad y satisfacen las necesidades de afecto y de relaciones significativas; actuando como confidentes y siendo capaces de ayudar y compartir muchas experiencias.

Por otro lado las relaciones con los abuelos u otros miembros de la familia pueden tener efectos positivos sobre los adolescentes. Durante la adolescencia el contacto con otros familiares puede resultar algo difícil, algunos familiares asumen un papel activo de crianza y la guía de los hijos en la familia.

Gradualmente, a medida que los adolescentes se hacen mayores, son capaces de aceptar el cuidado de otros familiares mejor que antes. Los familiares mayores, por su lado, no son tan

propensos a dominar a los adolescentes mayores como a los más pequeños. Estos dos factores llevan a una reducción gradual de la tensión entre las generaciones (Rice, 2000).

1.4 DESARROLLO MORAL EN EL ADOLESCENTE.

El desarrollo moral hace referencia al conjunto de pensamientos, sentimientos y comportamientos relacionados con los criterios del bien y del mal. Dentro del desarrollo moral hay una dimensión intrapersonal y una dimensión interpersonal.

La dimensión interpersonal tiene que ver con la regulación de las interacciones sociales y arbitrar conflictos; mientras que la dimensión intrapersonal tiene que ver con la regulación de las actividades de una persona cuando no se implica en interacciones sociales. Al igual que el trabajo de Piaget, Lawrence Kohlberg dio a conocer una perspectiva donde incluía a la persona y el ambiente en una interacción recíproca (Rew, 2005).

Kohlberg creía que el desarrollo moral se basa prioritariamente en el razonamiento moral y sigue una serie de etapas claramente diferenciadas. También creía que la orientación moral de un individuo es una consecuencia de su desarrollo cognoscitivo, donde los adolescentes van construyendo sus pensamientos morales a medida que van avanzando de una etapa a la siguiente, en vez de aceptar pasivamente una norma cultural de moralidad.

Él hizo un especial hincapié en que cualquier interacción entre iguales puede generar oportunidades para adoptar el punto de vista de los otros, dando lugar a que esas oportunidades de adopción de roles son ideales para el desarrollo moral. También consideraba que algunos tipos de experiencias entre padres e hijos pueden inducir al adolescente a razonar a niveles superiores de pensamiento moral; en particular aquellos padres que permiten y/o que fomentan las conversaciones sobre cuestiones relacionadas con valores que potencian el desarrollo del pensamiento moral en sus hijos. Pero lamentablemente también existen aquellos padres que no proporcionan a sus hijos adolescentes ese tipo de oportunidades.

Ideas del desarrollo moral de Kohlberg.

Kohlberg creía que los niveles y etapas que él proponía en su teoría siguen siempre la misma secuencia y están relacionados con la edad. Un concepto fundamental para entender el desarrollo moral es el de *interiorización*, el cual quiere decir que el comportamiento pasa de estar controlado externamente a estarlo por principios y criterios internos. Conforme los adolescentes van madurando, sus pensamientos morales se vuelven más interiorizados (Santrock, 2004).

1. *Razonamiento preconvencional*: Es el nivel donde el individuo no muestra ninguna interiorización de los valores morales y está controlado por recompensas y castigos externos.
 - 1era. Etapa: La *moralidad heterónoma* es donde el pensamiento moral suele estar ligado al castigo.
 - 2ª. Etapa: El *individualismo, propósito instrumental e intercambio* es donde los individuos persiguen sus propios intereses, pero también dejan que los demás hagan lo mismo.

2. *Razonamiento convencional*: Es un nivel donde la interiorización es intermedia y es en este nivel donde los individuos se atienen a ciertos criterios o principios (internos), que son los criterios de otras personas (externos) como los padres o las leyes de la sociedad.
 - 3er. Etapa: Las *expectativas interpersonales, relaciones e inconformidad interpersonal* es la etapa en la que los individuos valoran la confianza, el cuidado y la lealtad los demás como base de los juicios morales. En esta etapa es donde los adolescentes adoptan los criterios de y principios morales de sus padres.
 - 4ª. Etapa: La *moralidad de los sistemas sociales* es la etapa en la que los juicios morales están basados en la comprensión del orden social, la ley, la justicia y el deber.

3. *Razonamiento postconvencional*: En este nivel la moralidad se encuentra completamente interiorizada y no se basan en los criterios de otras personas.

- 5ª. Etapa: El contrato social o utilidad y derechos individuales está basada en el razonamiento que los valores, derechos y principios subyacen o trascienden a las leyes.
- 6ª. Etapa: Los principios éticos universales están desarrollados por criterios morales basados en los derechos humanos universales.

1.5 DESARROLLO INTELECTUAL

Algunos científicos afirman que la inteligencia es fundamentalmente heredada y que las experiencias ambientales desempeñan un papel mínimo en su manifestación. La herencia es una parte de la ecuación de la inteligencia.

En el caso de que existan genes que determinan la inteligencia baja, media o alta; lo cierto es que se encontrarán tanto en adolescentes cuyas familias y ambientes parecen favorecer el desarrollo de las capacidades intelectuales como en adolescentes cuyas familias no sean tan favorecedores (Santrock, 2004). Fuera del contexto de la genética y la herencia, el hecho de que un adolescente que crezca con todas las posibilidades no garantiza que acabe teniendo una inteligencia elevada ni alcanzando el éxito.

Y por el contrario, la ausencia de de todos esos privilegios tampoco es garantía de baja inteligencia o fracaso, sobre todo si la familia y el adolescente aprovechan al máximo las oportunidades que se les presentan. Se ha visto que en hallazgos como estos sugieren que los beneficios de una inteligencia innata varían dependiendo de los aspectos del ambiente próximo al adolescente (Luthar, 2006).

Inteligencia emocional.

La inteligencia emocional ha sido definida de distintas formas, una definición de la inteligencia emocional la denota como la combinación de factores que permiten a una persona sentir, motivarse, regular su humor, controlar sus impulsos, ser persistentes para enfrentar las frustraciones y de ese modo superar y tener éxito con la vida que tiene día a día.

Otra definición que le han dado es que la inteligencia emocional es una forma diferente de ser inteligentes; también la inteligencia emocional ha sido considerada como la habilidad que se encarga de identificar los sentimientos y las emociones propias y de los demás para luego ser discriminadas entre ellas y para usar esta información para ser la guía en las acciones y pensamientos de uno mismo (Harrod & Scheer, 2005).

Por otra parte Mayer, Salovey y colaboradores conceptualizaron la inteligencia como la habilidad de percibir y expresar las emociones, para entenderlas, usarlas y para manejarlas y así fomentar el crecimiento y la maduración personal. Dicho constructo tiene cuatro dimensiones:

1. Percepción de la emoción.
2. Usar las emociones para facilitar el pensamiento.
3. Entendimiento de las emociones.
4. Manejo de las emociones.

Entre adolescentes, los investigadores han demostrado que este constructo está relacionado relativamente con baja probabilidad de fumar tabaco y beber alcohol y seguir con la mayor transición en la vida para empezar la escuela con grandes probabilidades de conseguir altas calificaciones (Luthar, 2006).

La inteligencia emocional es la fuerza que maneja los factores que afectan el éxito personal y la interacción diaria con otros. Hay estudios que demuestran que la inteligencia emocional tiene aspectos relevantes en la vida y el papel que juega dentro de la interacción y las decisiones de cada día. De acuerdo con Goleman la inteligencia emocional predice en un 80% el éxito que puede tener una persona en la vida, mientras que el coeficiente intelectual predice cerca del 20%. (Harrod & Scheer, 2005).

1.6 LA ESCUELA

La escuela tiene como función básica instruir; esto quiere decir, transmitir y hacer que el chico adquiera todo lo que concierne al mundo profesional. El mundo escolar es también una instancia donde los chicos y las chicas de todas las edades asimilan normas, metas sociales y valores que

entran a formar parte del telón de fondo de sus actuaciones de persona normal en la vida. Es la función socializadora (Corral et al., 2003).

La sociología y la psicología han caído en la cuenta de que la escuela no tiene, nada más como protagonista a los profesores, sino también a los alumnos. Su manifestación más sobresaliente es la manera como estos dosifican tanto su dedicación a la actividad escolar como su relación con los profesores, relación que constituye la vida cotidiana en el aula y en la escuela.

Las facetas de la socialización formal escolar, es decir, las que constituyen los hábitos mentales y de discurso, valores, signos de prestigio escolar, etc., se mantiene idénticos a lo largo de la escolaridad; sin embargo, las circunstancias de la adolescencia introduce factores que reconducen el proceso. El más importante es que, los adolescentes adoptan posturas personales como el distanciamiento, crítica y evaluación reflexiva, frente a todo aquello que el sistema escolar inculca como los valores o hábitos para ser alguien en la vida.

A los adolescentes se les dice en repetidas ocasiones que el estudio y el asistir a la escuela, es una tarea que les corresponde durante su desarrollo; sin embargo, el comportamiento escolar de muchos de ellos no siempre se ajusta a esta finalidad. El fracaso escolar es una amenaza real, aún constando que el trabajo en las aulas es monótono y repetitivo, que exige una disciplina mental y corporal a lo contrario de todos sus intereses vitales. Hay una proporción notable de adolescentes que salen airoso en sus estudios, mientras que otros aborrecen su situación y abandonarían de inmediato la escuela.

Relaciones de los profesores con el alumno adolescente.

Los profesores representan el saber acumulado de nuestra cultura y se les ha formado para transmitir este saber. La forma en cómo los adolescentes perciben a sus profesores, influye sobre las actitudes de los jóvenes hacia los principios básicos de nuestra sociedad.

Si la relación profesor-alumno es personal, y si la comunicación es profunda y amplia, los profesores pueden llegar a convertirse en figuras importantes para los adolescentes,

convirtiéndose en modelos de rol importantes influyendo en la formación de las identidades de los adolescentes, en sus autoconceptos, metas y aspiraciones (Rice, 2000).

A los profesores les debe de agrandar interactuar con los adolescentes, ser capaces de relacionarse con ellos como personas en desarrollo que se van a convertir en adultos, tratándolos con admiración y respeto como individuos. Los mejores profesores muestran comprensión real de los jóvenes, las tareas evolutivas de la adolescencia y los problemas particulares, los ajustes y los intereses de la gente joven.

Fracaso escolar.

El fracaso escolar no se debe únicamente a la carencia de aptitudes sino por el rechazo al sistema. Se da más agudamente en las escuelas públicas que en las escuelas privadas, y está estrechamente relacionado con la situación familiar y el ambiente del barrio en el que viven.

Se han asociado varios factores escolares con el abandono de los estudios, entre ellos están: una pobre habilidad lectora, repetir curso, no estar integrado, notas bajas, incapacidad para llevarse bien los profesores, mala conducta, bajo CI o retraso mental (Rice, 2000). El fracaso escolar rara vez se da por falta de capacidades. El rendimiento del adolescente puede tener altibajos, pero si su comportamiento y motivación se mantiene a niveles aceptables, saldrá adelante (Corral et al., 2003); de lo contrario si el adolescente piensa que la escuela es irrelevante, entonces generará conflictos y el abandono escolar.

Algunos estudiantes no están mal adaptados emocionalmente o socialmente, simplemente carecen de interés por el trabajo escolar, piensan que están perdiendo el tiempo y preferirían casarse o trabajar. Estos adolescentes serían capaces de hacer un trabajo aceptable, pero no tienen ningún interés en ello. Muchos alumnos que no abandonan los estudios son expulsados o se les da una suspensión temporal, lo que da lugar a una ausencia permanente (Rice, 2000).

Los compañeros.

Los estudiantes de un grupo se interesan por diversas actividades de tipo intelectual, así como también por el conocimiento, el éxito, y por conseguir estar en las lista de los mejores estudiantes. En algunas escuelas o colegios a los buenos estudiantes son rechazados socialmente, especialmente si presentan rasgos de personalidad no deseables para sus otros compañeros refiriéndose hacia ellos como anticuados, raros o perdedores.

Sin embargo en los últimos años, los estudiantes se han dado cuenta cada vez más de la importancia del éxito académico en las escuelas y han tenido más voluntad de ser identificados con los que consiguen buenas calificaciones. El estudiante realmente brillante que consigue sobresalir sin estudiar es admirado y envidiado, especialmente si participan también en alguna actividad extraescolar y deportiva.

Que las buenas calificaciones tengan un valor positivo, depende del grupo social particular en cambio, una razón para el bajo rendimiento es la presión negativa de los compañeros en contra de los estudios.

1.7 DESARROLLO SOCIAL.

El desarrollo físico y la maduración sexual en los adolescentes están acompañados por cambios profundos en lo social al igual que en el ámbito psicológico. Erik Erickson propuso una teoría del desarrollo humano donde enfatiza las crisis del desarrollo en estadios psicosociales.

Erickson vio estas crisis o problemas como un continuo del desarrollo desde ambos polos, tanto negativos como positivos. Aunque muchos individuos no son capaces de resolver sus crisis positivamente o negativamente por completo necesitan salir adelante en dirección positiva más que en forma negativa del estadio en la que se encuentran, para continuar con el siguiente estadio.

Teoría de Erick Erickson.

Durante la adolescencia la crisis psicosocial que debe resolverse según la teoría de Erickson es la etapa en la que se refiere a la *identidad versus confusión de la identidad* (Rew, 2005). En este

estadio coincide aproximadamente con la adolescencia, y es donde el adolescente se enfrenta al descubrimiento de quién es, que hace en la vida y hacia dónde va; también durante este estadio es donde los adolescentes deben adoptar muchos roles y adquirir un estatus nuevo propio de los adultos.

Si los adolescentes exploran estos roles distintos, de forma saludable y diferentes caminos dentro de cada rol; el adolescente será capaz de encontrar un camino positivo a seguir en la vida desarrollará una identidad positiva. En cambio si los padres imponen una identidad en el adolescente, si este no explora adecuadamente muchos posibles roles y si no logra encontrar un camino positivo a seguir en el futuro entonces la confusión de la identidad estará presente en el adolescente.

La conceptualización de este estadio para Erickson es un largo continuo entre la identidad y la confusión de la identidad, donde la identidad representa el fin de las creencias y los ideales a cerca del sí mismo, que forman las coherentes y consistentes observaciones de ese sí mismo. En cambio la confusión puede variar desde la duda en la toma de decisiones hasta la falta de propósito en la vida (Rew, 2005).

En este quinto estadio de psicosocial los adolescentes se enfrentan al descubrimiento de quien es, qué hace en la vida y hacia dónde va; y es dónde deben adoptar nuevos roles propios de los adultos. La moratoria psicosocial es un término que introdujo Erickson para definir la brecha existente entre la seguridad propia de la infancia y la autonomía propia de la etapa adulta. A medida que los adolescentes buscan su identidad experimentan con diferentes roles (Santrock, 2004).

1.8 LA INFLUENCIA SOCIAL EN EL ADOLESCENTE.

Una consideración importante en cualquier discusión sobre adolescentes es la distinción entre identidad de género e identidad de rol de género. El *género* se refiere al sexo biológico de una persona. *Identidad de género* es el sentido interno del individuo o la percepción de ser masculino

o femenino. *Rol de género* o rol sexual es la expresión externa de la condición masculina o femenina en contextos sociales.

Las características biológicas y cognoscitivas no solo son una parte de la historia en relación con las funciones sociales desempeñadas según el género, el entorno también juega un importante papel. Las teorías cognoscitivo-evolutivas sugieren que la identidad del rol sexual en el género que es asignado cognoscitivamente al niño en su nacimiento y posteriormente aceptado por él o ella a medida que va creciendo.

La asignación cognoscitiva del género influye sobre todo lo que ocurre posteriormente. La autocategorización del hijo como un niño o una niña es el organizador básico de las actitudes que se desarrollan hacia el rol sexual; la diferencia sexual sucede gradualmente a medida que los niños aprenden a ser hombres o mujeres de acuerdo con las expectativas e interpretaciones de roles sexuales culturalmente establecidas.

La sociedad prescribe como debería comportarse un hombre, como debería ser su apariencia, que tipo de personalidad debería tener y las funciones que debería desarrollar. De forma similar, una mujer se crea no solo a partir de la concepción genética, sino también por las fuerzas psicosociales que moldean e influyen sobre su personalidad (Rice, 2000).

La sociedad adolescente.

La sociedad adolescente es la red organizada de relaciones y asociaciones entre los adolescentes. Esta sociedad está construida por las interrelaciones de los adolescentes dentro de su sistema social; su cultura describe la forma en que piensan, se comportan y viven.

Generalmente hay numerosas sociedades adolescentes con amplias variaciones entre varios grupos de edad, nivel socioeconómico y orígenes étnicos o nacionales. Cada grupo local de adolescentes tiene un ámbito reducido, con pocos lazos más allá de los miembros de la escuela y la pandilla del lugar. La subcultura adolescente es toda aquella conformidad en el grupo de iguales y los valores que son contrarios a los valores adultos.

Esta subcultura existe fundamentalmente en la educación secundaria, donde constituye una sociedad pequeña, es decir la mayoría de las interacciones importantes que se producen dentro de la misma, manteniendo solo unos pocos lazos de conexión con la sociedad adulta externa. Separados del mundo adulto, desarrollan subculturas con su propio lenguaje y estilo, y lo más importante, con sistemas de valores que pueden diferirse de los adultos. Como resultado, el adolescente vive en una sociedad separada y establece una subcultura que se ajusta a la aprobación de los iguales, pero no a la de los adultos (Rice, 2000).

El grupo de iguales y su importancia en esta etapa de la vida.

Los iguales, compañeros y amigos de edad similar, formando grupos a partir de algunas coincidencias y afinidades. Algunos más próximos que otros como lo son los amigos, a quienes se les confiara toda preocupación íntima y de los que se espera, compartan sentimientos y emociones.

Los adolescentes tienden a elegir amigos cuyos valores son como los suyos, de esta forma puede existir un considerable solapamiento entre los valores de los padres y los de los iguales debido a factores sociales, económicos, religiosos, educativos e incluso geográficos.

Cuando nos referimos, más concretamente en el grupo en el que se encuentran los conocidos, compañeros, amigos, vecinos y a las relaciones que se comparten con ellos, estamos situados en un marco social más reducido (Corral, et al., 2003); de esta forma nos podemos referir a compañeros y amigos del adolescente que forman parte de relaciones regulares y cotidianas.

Hay investigaciones que documentan los aspectos positivos de las relaciones entre iguales. La calidad y estabilidad de las relaciones entre los mismos adolescentes están relacionadas con la autoestima. Las implicaciones con los iguales, se ha visto positivamente relacionado con muchos indicadores de ajuste psicológico, social y de rendimiento; donde el apoyo social está directamente relacionado con el bienestar sirviendo como amortiguador en los efectos de un estrés inusual (Rice, 2000).

Un elemento importante del éxito de relacionarse con los iguales es la voluntad de los amigos de ser prosociales, brindándose ayuda y proporcionando apoyo emocional, consejos e información. Sin embargo hay diferencias con respecto al sexo, donde las chicas esperan más de las amigas que los chicos, y su nivel de apego e intimidad con las amigas es mayor; también se ha encontrado que las chicas lo más importante es fomentar la intimidad y mantener las relaciones, mientras que para los chicos están más preocupados por la independencia.

Una de las razones principales por las que las amistades son cruciales es que los adolescentes se sienten inseguros y ansiosos con respecto a sí mismos, careciendo de personalidad definida y de identidades seguras. Como resultado, se rodean de amigos con los que gana fuerzas ayudándoles a establecer fronteras personales, aprendiendo habilidades sociales necesarias para obtener un concepto de sociedad que les ayuda formar parte del mundo adulto.

Enamoramiento en la adolescencia.

Las relaciones con un grupo de amigos pueden ser una experiencia muy agradable y satisfactoria que despiertan un sentido de pertenencia, creando una necesidad de estar con las amistades la mayor parte del tiempo; sin embargo, no es comparable a la fase de enamoramiento. Enamorarse es una necesidad positiva en la mayoría de la gente; si el amor es recíproco, está asociado con sentirse completo y en éxtasis (Rice, 2000).

Algunos estudios demuestran la evolución de las relaciones en la adolescencia indican que entre los 11 y los 17 años de edad, el grado de intimidad que caracteriza las relaciones de amistad no cambia entre miembros del mismo sexo, pero cambia notoriamente con respecto a miembros del sexo opuesto. Todos estos cambios se producen antes en el caso de las chicas que de los chicos. En general parece que las chicas adolescentes necesitan hablar más de sus problemas, compartir secretos y sentimientos en comparación con los chicos.

Un amor no correspondido está asociado al vacío y a la ansiedad; y la pérdida de amor puede ser una experiencia devastadora para el adolescente. Hoy en día los adolescentes son vulnerables a la pérdida, porque el concepto de sí mismo está todavía evolucionando y su abanico de afrontamiento puede no estar desarrollado. Un lazo afectivo entre pareja se ha comparado a lo

que desarrollan los niños con los padres; la naturaleza de ese sentimiento de apego hacia alguien le hace uno vulnerable a la pérdida de otro significativo (Rice, 2000).

1.9 PROBLEMAS Y TRASTORNOS ADOLESCENTES.

La morbilidad adolescente ha ido incrementando en comparación con la morbilidad de otras edades en las últimas décadas. Los desafíos y retos que enfrentan los adolescentes se ven reflejados en una gran cantidad de problemas, entre ellos incluido el suicidio, la depresión, la violencia y la muerte debido a la violencia, embarazos no planeados, abuso de sustancias y enfermedades de transmisión sexual (Compas, Hinden & Gerhardt, 1995).

Las drogas y el alcohol.

El uso de drogas y alcohol durante la adolescencia es uno de los mayores problemas en lo que respecta a la salud pública en muchos países (Stronski, Ireland, Michaud, Narring & Resnick, 2000). Entre los factores de riesgo para que un adolescente abuse de sustancias tanto lícitas como ilícitas se incluye la herencia, las influencias familiares, las relaciones con los iguales y los rasgos de personalidad.

Los adolescentes se sienten atraídos a las drogas y al alcohol porque estas sustancias les ayudan a adaptarse a un ambiente cambiante, ayudándolos a desenvolverse mejor en su mundo. Dichas sustancias también satisfacen la curiosidad de los adolescentes y de la misma forma también se consumen por motivos sociales, ya que producen una sensación de bienestar y facilitan la interacción con los otros. Fumar, beber y consumir otras drogas son comportamientos que producen las tensiones y las sensaciones de frustración; mitigando el aburrimiento y la fatiga; y en algunos casos ayudan a evadir la dura realidad (Santrock, 2004) que el adolescente enfrenta en ese momento.

Investigaciones previas se han concentrado predominantemente en los factores de riesgo para los adolescentes que consumen y abusan de sustancias, se identificaron factores que involucran el tipo de educación, la edad, el género, características específicas del comportamiento

como la actividad sexual y los sentimientos de comportamiento suicida; asociándose fuertemente en la participación de los adolescentes que consumen drogas.

Hawkins y colaboradores han descrito que la existencia de fuertes lazos parentales, puede funcionar en el adolescente como amortiguador del riesgo del uso de drogas y alcohol de los pares, y como una fuerte adherencia entre el padre y adolescente como un factor que protege potenciando otros factores de protección contra el abuso de sustancias (Stronski et al., 2000). En cambio los hijos de padres que abusan de sustancias se encuentran en riesgo ante múltiples problemas incluyendo la depresión, comportamientos negativos de conducta y baja autoestima (Pilowsky, Zybert & Vlahov, 2004).

Delincuencia y violencia.

La mayoría de los adolescentes en algún momento de su vida se comportan de forma impulsiva, o cometen actos destructivos o problemáticos tanto para ellos como para los demás. Moffitt (1993) indica que para muchos adolescentes la delincuencia no es solo normativa sino también es adaptativa y eso sirve como función del desarrollo del adolescente para expresar su autonomía (Compas et al., 1995).

Entre los predictores de la delincuencia se incluye un escaso autocontrol, el inicio temprano de la actividad delictiva, las bajas expectativas educativas, bajo rendimiento académico, una fuerte presión en el grupo de pares, las influencias familiares negativas y un barrio de baja calidad (urbano y con altos índices de criminalidad y movilidad).

En concordancia con lo anterior, las investigaciones han dejado ver varios factores de riesgo importantes en lo que respecta al comportamiento suicida entre adolescentes incluyendo la depresión, el abuso de sustancias, sucesos estresantes de vida, bajo nivel socioeconómico familiar, falta de supervisión de los padres, entre otras. Además de los factores de riesgo ya mencionados anteriormente, las investigaciones también indican que el comportamiento delincuente de un adolescente influye fuertemente en el comportamiento suicida (Thompson, Kingree & Ho, 2006).

Actualmente la delincuencia es un problema que afecta tanto a las clases desfavorecidas como a las que no lo son, cosa que no sucedía en el pasado. Las características de una determinada comunidad pueden favorecer a la delincuencia juvenil; en una comunidad con un índice de criminalidad elevado los adolescentes se exponen a muchos modelos que se implican en actividades delictivas y es posible que sean recompensados por ese tipo de comportamientos. La supervisión paterna es un factor especialmente importante en la determinación de si un adolescente se acabará convirtiendo o no en un delincuente. Los conflictos familiares y la disciplina inconsistentes e inapropiada también se asocian a la delincuencia (Santrock, 2004).

Los investigadores de conductas antisociales han notado que la agresión tiene características profundamente persistentes, crónicas e incorregibles en ciertos individuos. Caspi y colaboradores propusieron que las conductas antisociales reflejan un estilo de interacción malhumorado que es desarrollado durante la infancia y persiste durante la adultez. Se ha creído que esta manera de interactuar ha desarrollado un proceso de acción dañina para el adolescente, entre un imperceptible déficit neuropsicológico congénito y ambientes criminológicos que sin querer recompensan al adolescente con un comportamiento agresivo.

Una vez desarrollado este tipo de interacción, aquellos individuos continúan con la selección de ambientes que los favorecen y los mantienen; de esta manera crean una disposición al comportamiento antisocial para toda su vida. Por otra parte, Moffitt supuso que la masa de delincuencia adolescente resulta de un fenómeno histórico de madurez, creando un distanciamiento por la incongruidad de lograr una madurez biológica en la adolescencia sin ser, simultáneamente concedidos por el status adulto. Bajo estas circunstancias la delincuencia se hizo una vía para la definición del sí mismo y de expresión de autonomía de una madurez substituta. Es un intento de adaptación por el adolescente para construir un puente entre el cambio de autopercepción y los restringidos roles sociales (Compas et al., 1995).

La inmensa mayoría de los jóvenes violentos son de sexo masculino y muchos de ellos están dominados por sentimientos de debilidad o impotencia y aquí es donde la violencia parece infundirles sensación de poder. Muchos de los adolescentes que presentan conductas antisociales son muy fáciles de provocar, reaccionando con rabia y agresividad ante las ofensas reales o

imaginarias, y que a veces terminan con trágicas consecuencias como las matanzas (Santrock, 2004).

En otras investigaciones con adolescentes en juicio indican que las adolescentes delincuentes tienen significativamente más probabilidades de padecer psicopatología, maltrato en la infancia, otras experiencias traumáticas y factores de riesgo familiares en comparación con los adolescentes delincuentes. Muchos de estos factores de riesgo para la delincuencia entre las adolescentes, se han relacionado con los factores de riesgo que inducen al comportamiento suicida en las mujeres, y este grupo común de factores de riesgo pueden conferir a una trayectoria que promueven las conductas delincuentes y las conductas suicidas entre las mujeres adolescentes (Thompson et al., 2006).

Considerando las diferencias de sexo en el diagnóstico dentro de grupos con comportamiento suicida, es más común encontrar víctimas de suicidio en varones que poseen desorden de conducta antisocial en comparación con las mujeres (Brent, Baugher, Bridge, Chen & Chiappetta, 1999).

Depresión.

Los problemas emocionales como la depresión, se incrementan durante la adolescencia y pueden ser crónicos para un considerable número de adolescentes. En general las mujeres adolescentes tienen más problemas emocionales con que lidiar, que los varones adolescentes (Helsen, Vollebergh & Meeus, 2000).

Los motivos que se incluyen y que pueden mencionarse para dar cuenta de la diferencia de sexos para la existencia de la depresión en los adolescentes son:

- La existencia de los cambios hormonales durante la adolescencia, incrementan la vulnerabilidad a la depresión durante esta etapa, especialmente en las adolescentes.
- La imagen corporal de las mujeres tiende a ser más negativa que la de los adolescentes.

- La pubertad ocurre antes en las mujeres en comparación con los varones, lo que determina que las mujeres experimenten muchos cambios y experiencias vitales en los primeros años de la secundaria, lo que las hace más propensas a deprimirse.
- Además de que las adolescentes tienden a ensimismarse más en su estado de ánimo depresivo y amplificarlo.

En la adolescencia los síntomas depresivos se pueden manifestar de distintas formas como en la pérdida de interés en actividades que antes resultaban placenteras, la falta de motivación y energía puede repercutir en el rendimiento escolar hasta llegar al absentismo escolar y en la sensación de aburrimiento. La depresión adolescente también puede darse junto con el abuso de sustancias, trastorno disocial y los trastornos de la alimentación.

El hecho de tener pocas amistades o malas relaciones con los pares también es asociado con la depresión adolescente; no tener ninguna relación estrecha con amigos, relacionarse poco con los pares o ser rechazados por estos son factores que pueden incrementar las tendencias depresivas de los adolescentes. (Santrock, 2004).

También se sabe que la falta de apoyo familiar predispone a los adolescentes a la depresión y por consiguiente a comportamientos suicidas y a otros problemas de salud. Se ha identificado a la depresión como una fuerte y constante correlación con el comportamiento suicida. Los estudios basados en entrevistas psicológicas han dejado ver fuertes probabilidades de diagnosticar desordenes depresivos entre los adolescentes y las víctimas del suicidio.

Se sabe que la depresión es un predictor importante en cuanto a intentos previos de suicidio y en la ideación suicida tanto en varones como en mujeres (Thompson, Mazza, Herting, Randell & Eggert, 2005). La importante contribución de saber si hubo intentos previos de suicidio, parecen estar muy conectados con estudios biológicos y genéticos que apoyan una etiología para el comportamiento suicida y que es independiente o interactiva con la psicopatología (Brent et al., 1999).

Suicidio.

El suicidio adolescente continúa siendo un tema de suma importancia para las investigaciones de salud mental, en tratar de entender las complejas relaciones que conducen al comportamiento suicida (Thompson et al., 2005). Las altas e incrementadas tasas de suicidios entre los adolescentes han causado una gran preocupación en varios países durante las últimas décadas.

Las características psiquiátricas han sido siempre un importante punto de atención en las investigaciones. Estudios previos han encontrado un alto predominio en desórdenes psiquiátricos en los adolescentes, los cuáles demostraron una considerable importancia de desórdenes psiquiátricos en el camino al suicidio. Los desordenes psiquiátricos más comunes son los desordenes afectivos y el abuso de sustancias (Portzky et al., 2005).

Del mismo modo que los factores genéticos están relacionados con la depresión también lo están con el suicidio, esto quiere decir que, mientras un adolescente tenga familiares que hayan intentado suicidarse o consumado el suicidio, mayores son las posibilidades de que el adolescente intente suicidarse.

Los adolescentes suicidas presentan con mayor frecuencia síntomas depresivos, aunque no todos los adolescentes deprimidos intentan suicidarse, la depresión es el factor que se asocia de forma más consistente al suicidio adolescente. Los sentimientos de desesperanza, la baja autoestima y la elevada tendencia a culpabilizarse también se asocian al suicidio entre adolescentes (Santrock, 2004).

El contexto familiar de un adolescente parece ser uno de los factores que influye más sobre el comportamiento y el desarrollo del adolescente, y que aparentemente puede estar más relacionado como factor protector que contrarrestan la tensión familiar y el comportamiento suicida. Los estudios dejan ver que la expresión de apoyo en familias con suicidio adolescente; la conducta es menos frecuente, satisfactoria y efectiva. De lo contrario predisponen al adolescente a la depresión, a problemas de salud mental y al suicidio (Thompson et al., 2005).

Los múltiples factores de riesgo y que influyen tanto en las mujeres como en los varones son más similares que diferentes. Y la identificación de desórdenes del estado de ánimo y el abuso de sustancias, especialmente si se presentan juntos; serán un blanco fácil para aquellos que se encuentran en riesgo sin importar el sexo (Brent et al., 1999).

Capítulo 2

Suicidio

El comportamiento suicida es raro durante la infancia y su incidencia aumenta significativamente al llegar a la adolescencia. A pesar de que la incidencia del suicidio en la adolescencia ha aumentado en las últimas décadas, sigue siendo un suceso relativamente raro durante esta etapa evolutiva (Santrock, 2004). Ayuda bastante pensar en las causas de intento de suicidio teniendo en cuenta aquellos sucesos próximos que el adolescente ha sufrido, e incluso aquellos sucesos que ya hayan ocurrido y que estén alejados en el tiempo.

Investigaciones recientes ya han identificado una gama de factores de riesgo para el comportamiento suicida, que se pueden agrupar de acuerdo a diversas áreas así como variables psiquiátricas, factores psicológicos y de personalidad, y variables sociales o ambientales. Estos hallazgos al ser combinados, nos guían a la conclusión de que el comportamiento suicida puede ser visto como una consecuencia de un rasgo subyacente a la vulnerabilidad, incluyendo características biológicas y psicológicas, y demás factores así como variables psicológicas y psiquiátricas (Portzky et al., 2005).

Hay una amplia gama de comportamientos suicidas, los cuales incluyen pensamientos a cerca del suicidio, así como también intentos que abracan desde una baja letalidad hasta una letalidad medicamento seria y muertes por suicidio. Los intentos de suicidio no son más frecuentes que los suicidios consumados, pero la distribución de los métodos más comunes y la población que presenta estos comportamientos es diferente de modo significativo (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll & Joiner, 2007).

2.1 EL SUICIDIO ADOLESCENTE.

El suicidio es un fenómeno de carácter multifactorial, su problemática es compleja y en México va en aumento. Aunque tradicionalmente se la ha considerado como una expresión de conflictos

mentales presentes y de larga duración, como la depresión, muchas veces el suicidio no está relacionado con patologías mentales declaradas, y su latencia en estos casos es más corta; mientras que el intento de suicidio es una conducta sumamente impactante y sus repercusiones no se hacen esperar en todas las áreas del individuo (Loza y Lucio, 1995; Loza, Lucio y Durán, 1998).

El suicidio es una importante causa de muerte entre los 15 – 24 años de edad. Consecuentemente en Estados Unidos el Instituto Nacional de la Salud Mental en 2001, exhortó a los investigadores a enfocarse en formas más eficaces para decrementar el suicidio adolescente. Numerosas investigaciones han estudiado la incidencia en la ideación suicida y en los intentos suicidas por edad, raza, nivel educativo, la historia familiar, religión, nivel socioeconómico, la orientación sexual y otras variables sociodemográficas.

Muchos estudios se han enfocado en *quien* está en riesgo, pero no hay explicación del *porque* ciertos jóvenes pueden estar en riesgo suicida. Por ejemplo los adolescentes con problemas de abuso de sustancias, alteraciones psiquiátricas, comportamiento antisocial, disfunción familiar o suicidios en la historia familiar; pueden ser elementos considerados como un gran riesgo para llegar al suicidio. Sin embargo, estas variables no explican del todo el contexto del adolescente propenso al suicidio y la problemática en la formulación de estrategias de intervención efectivas.

Estas aproximaciones también sugieren que los adolescentes de ciertas características sociodemográficas puedan estar en riesgo suicida alto, pero si se enfoca únicamente el problema en las características sociodemográficas pueden dirigir hacia una identificación a aquellos adolescentes que no presentan riesgo suicida, así como también desviar la identificación de aquellos adolescentes que realmente presentan comportamiento suicida.

El suicidio es una conducta humana que ha estado presente a lo largo de la historia, aunque con diferentes significados que van desde una muestra de valentía y honor, hasta las manifestaciones de la más profunda vulnerabilidad. Para la Organización Mundial de la Salud el término suicidio ha sido definido como un acto con resultado fatal, que es, deliberadamente

iniciado por una persona en contra de sí mismo y con el conocimiento o expectativa de que este efecto le causará la muerte. El suicidio es un acto consciente e intencional, que busca como resultado final producir la propia muerte (Durkheim, 1897/2002).

Uno de los textos clásicos fue escrito por Emile Durkheim en 1897 (2000), en donde el autor sustenta que el incremento del número de suicidios en el mundo, está influido por factores sociales como son el aislamiento social y la represión de los individuos en la sociedad. De ahí que para este autor, el suicidio es la consecuencia de la naturaleza de la relación del individuo con la sociedad (Rivera, 2007).

La adolescencia es una época de riesgo para cometer intento suicida debido a los cambios que se experimentan, pues representa un tiempo difícil lleno de desafíos y constituye el momento para adquirir habilidades que permiten enfrentar la vida. En la literatura se menciona también la influencia de sucesos estresantes como detonadores de la conducta suicida (Lucio et al., 2000).

Intento de suicidio.

El intento de suicidio es una conducta de auto lesión con un desenlace no fatal para la cual existe evidencia explícita o implícita de que la persona pretendía, en algún grado, matarse; un intento suicida puede o no resultar en lesiones (O'Carroll et al., 1996). Stengel (1965) define al intento suicida como cualquier acto de auto perjuicio inflingido con intención autodestructiva, aunque esa intención sea vaga o ambigua.

Borges, Anthony y Garrison (1995) dicen que el intento suicida que no resulta en la muerte es un comportamiento como tal. O'Carroll y colaboradores mencionan que con lo que respecta al deseo de morir el 66% de los suicidas realmente no desean morir, sino comunicar un mensaje dramático respecto su malestar; desde esta perspectiva, los intentos tiene que ver con la ingesta de drogas y con heridas de corte leve, donde normalmente se arreglan las cosas para que se pueda intervenir a tiempo, aunque algunas veces se salga de control la situación.

A pesar de que pueda parecer que el problema de conocer los motivos que impulsaron al individuo a intentar suicidarse se solucionen ya que éste se encuentre vivo y pueda ser entrevistado, lo cierto es que es bastante más complejo. Por ejemplo, además del deseo de morir, se han descrito fundamentalmente las siguientes intencionalidades conscientes: chantaje (obtener de los otros algo que no se ha podido obtener por otros medios), demandar atención ante una situación ante una situación vivida como desesperada, escapar ante un peligro o amenaza (real o irreal, presente o futura, física o social), agredir psicológicamente y vengativamente a otros con responsabilidad de la propia muerte, etc. (Buendía, Riquelem y Ruiz, 2004).

Ideación suicida.

Rotheram Borus (1993) señala que la ideación suicida es un constructo cognoscitivo directamente vinculado con el intento de suicidio, el cual se ha identificado como el mejor predictor del suicidio consumado entre adolescentes y población adulta; los pensamientos suicidas pueden ser comunes entre niños y adolescentes de ambos sexos y no precisamente se asocian a otros rasgos de psicopatología.

La ideación suicida es un indicador del riesgo de suicidio cuando es especialmente acentuada; dado que la mayoría de los sujetos intentan suicidarse o de hecho los que consiguen suicidarse, avisan con anterioridad en forma de ideación suicida verbalizada. La evaluación de esta, con el fin de estimar el riesgo real del comportamiento suicida debe formar parte de los protocolos de evaluación de pacientes, especialmente en aquellos que presentan trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia, alcoholismo o trastornos de la personalidad (Buendía et al., 2004).

Plan suicida.

Un aspecto muy importante es que, en general, el adolescente no es un buen estimador de la letalidad de sus acciones, particularmente de fármacos, por lo que la significancia del método o de la dosis no debe tomarse como un indicador confiable del grado del intento suicida.

Kessler, Borges y Walters reportan que existe un aumento de las probabilidades acumuladas a 34% en la transición de la idea al plan, y de 72% del plan al intento, de la ideación al intento no

planeado, la probabilidad acumulada es del 26%; es posible entonces abordar el problema desde la prevención del suicidio dirigida a quienes lo han planeado. La sola ideación no es un indicador fuerte de riesgo; se han encontrado que los intentos, ideación y planes suicidas son más comunes que el suicidio consumado (Hernández, 2007).

Parasuicidio.

Se refiere a conductas variadas que van desde gestos a intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida. Comprende actos deliberados que no tiene un final fatal pero que provocan daños en el propio sujeto que las ejecuta; tales actos deben ser poco habituales. En el estudio de las lesiones autoinfligidas típicamente se distinguen aquellas con un propósito o intención suicida y aquellas que no lo son pero donde hay un claro conocimiento del riesgo a la integridad física. De esta manera, el alcoholismo crónico o las adicciones graves no se incluyen en esta categoría (Hernández, 2007).

2.2 EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN EL ADOLESCENTE.

Epidemiología del suicidio en el mundo.

Actualmente, el suicidio y los intentos de suicidio constituyen según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un grave problema de salud pública que provoca casi la mitad de las muertes violentas y alcanza casi un millón de víctimas en un año (Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática [INEGI], 2006). El suicidio entre los jóvenes menores de 15 años es poco frecuente. La mayoría de los suicidios entre jóvenes de hasta 14 años probablemente tienen lugar en la adolescencia temprana, mientras que el suicidio es aún más raro antes de los 12 años. Sin embargo, en algunos países hay un crecimiento alarmante de los suicidios entre los jóvenes menores de 15 años, así como en la franja de 15 a 19 años de edad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

Los métodos de suicidio varían entre los países, en algunos por ejemplo el uso de pesticidas es un método común, mientras que en otros la intoxicación por medicamentos, escapes de gases de los automóviles, y armas de fuego son más frecuentes. Los varones mueren mucho

más a menudo a causa del suicidio que las mujeres; una de las razones para esto es que recurren a métodos más violentos para cometer suicidio, tales como armas de fuego, y ahorcamiento, con mayor frecuencia que las mujeres. Sin embargo, en algunos países el suicidio es más frecuente en las mujeres entre 15 y 19 que entre los varones de la misma edad y en la década pasada ha aumentado la proporción de mujeres que usan métodos violentos (OMS, 2001).

Se calcula que en el año 2000 se suicidaron aproximadamente un millón de personas, lo cual coloca al suicidio entre las diez principales causas de muerte en muchos países. De 10 a 20 veces más personas intentaron suicidarse, y se supone que las cifras reales son más altas. Aunque los porcentajes de suicidio varían por categoría demográfica, en los últimos 50 años han aumentado aproximadamente en un 60%. Reducir la pérdida de vidas por suicidio se ha convertido en una meta de salud mental internacional fundamental. Los consejeros pueden jugar un papel fundamental en la prevención del suicidio (OMS, 2006).

Una de las dificultades más serias que enfrentan algunos adolescentes es el problema del suicidio. La tasa de suicidios ha aumentado dramáticamente en varios países industrializados hace algunos años atrás. En Canadá, ha ocurrido un aumento importante en los adolescentes de entre los 15 y los 19 años de edad, cuadruplicando la tasa de suicidios consumados desde 1950. El suicidio es ahora la segunda causa más importante de muerte entre los jóvenes adolescentes canadienses.

En los Estados Unidos es la tercera causa más importante de muerte entre los jóvenes y un estimado del 8% de los adolescentes norteamericanos que intentaron suicidarse en cada año.

La tasa de suicidios más alta se ubica en Europa del Este, y la más baja en América Latina, los países musulmanes y unos cuantos países asiáticos. En el Continente Americano, los países con las tasas más elevadas de suicidio son: Canadá, Cuba, El Salvador, Estados Unidos de América, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela; y las más bajas las presentan Colombia y Paraguay (INEGI, 2006). En los países de América, una de las tres primeras causas de muerte entre jóvenes es el suicidio adolescente: con una tasa de suicidios del 18% correspondiente a personas de entre 15 a 24 años de edad.

Epidemiología del suicidio en México.

En México la información estadística que existe sobre intentos de suicidio y suicidios emana de los testimonios extraídos de los registros administrativos de las agencias de Ministerio Público; los datos son procesados por las oficinas estatales de estadísticas continuas, el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), y publicados año con año.

La mayor parte de los estudios acerca de la conducta suicida se han hecho en otros países. En México existen algunos estudios epidemiológicos que se interesan por esta problemática y es necesario realizar también investigaciones de tipo clínico que permitan lograr otra percepción del problema para lograr formas adecuadas de intervención (Lucio et al., 2000).

En México el tema del suicidio ha estado presente, su incorporación obedece a una visión estadística con sensibilidad de género, tendiente a evidenciar las diferencias entre hombres y mujeres frente a la incidencia y características de este suceso. El análisis de esta información ha permitido evidenciar que el suicidio se ha incrementado en México; que la edad de las personas que fallan en su intento de suicidio es más joven que la de los que fallecen; que los medios que emplean las personas que intentan suicidarse son menos efectivos que las de los que se suicidan (entre los primeros destacan: la intoxicación por medicamentos y el arma blanca; mientras que entre los segundos, la estrangulación y el arma de fuego).

Por otra parte que los medios empleados para ejecutar el acto difieren entre hombres y mujeres; las causas que motivaron el acto son más difíciles de conocerse entre los suicidios que en los intentos de suicidio, por el fallecimiento implícito en el primer caso, no obstante prevalecen motivos, tales como: el disgusto familiar, causas amorosas y la presunción de enfermedades graves o incurables.

Determinar la causa o causas que llevaron a las personas a atentar contra su vida es complicado, sobre todo cuando se consuma el suicidio. De ahí el alto porcentaje de intentos fallidos (32.1%) y de suicidios (62.9%) sin registro de la causa que motivó el acto. De los intentos de suicidio con causa registrada destaca el disgusto familiar (8.5%), le siguen los motivos amorosos (13.5%), y las enfermedades mentales que explican el 6.7% del total. Un

patrón similar se aprecia en los intentos de suicidio de los hombres así como de las mujeres, aunque con niveles notablemente más altos en el caso de los intentos frustrados por parte de las mujeres.

Entre los suicidios con causa definida destacan por los pesos porcentuales más altos: el disgusto familiar (8.4%), las razones amorosas (6.9%) y la enfermedad grave (5.2%), proporciones que también se observan en los suicidios masculinos, en tanto que en los suicidios femeninos la causa más significativa que es el disgusto familiar alcanza un peso de 10.5%, le sigue la causa amorosa con 7.7%, y la enfermedad mental, la cual absorbe 6.1% de los suicidios de mujeres (INEGI, 2006).

Se ha confirmado que el éxito o fracaso de los intentos de suicidio tienen como factor sustancial el acceso o elección de los medios; también se ha evidenciado que se suicidan más hombres que mujeres, en particular entre los 20 y 24 años y a partir de los 60 años; en tanto que son más frecuentes los intentos de suicidio en las mujeres, sobre todo en mujeres de 15 a 19 años. Hay que destacar, que los intentos de suicidio tienen una baja frecuencia en nuestro país frente a las estimaciones que relacionan ambos sucesos en otros países, los cuales señalan que los intentos de suicidio se presentan diez o hasta veinte veces más que los suicidios consumados, lo que impone la necesidad de revisar la generación de las estadísticas de intentos de suicidio, porque su frecuencia pareciera no corresponder con la realidad que este hecho presenta a escala mundial.

En México se registraron 3,517 intentos de suicidio en el 2004, de los cuales se consumaron 3,324 (94.5%). Al analizar por sexo la frecuencia de estos sucesos, se aprecian más suicidios de hombres que de mujeres: por cada 100 suicidios de varones se producen 21 de mujeres, en tanto que son más frecuentes los intentos de suicidio fallidos de las mujeres que de los hombres, 112 por cada 100.

En cuanto a los intentos de suicidio consumados o suicidios, cabe mencionar que nueve entidades federativas concentran 53.2% de los suicidios ocurridos en 2004, sobresaliendo: Veracruz de Ignacio de la Llave, Jalisco, Chihuahua, Distrito Federal y Guanajuato, con 35.6% del total. Sin embargo, la incidencia del fenómeno cuyo nivel es de 3.2 suicidios por cada cien

mil habitantes en el país, es más significativa en: Campeche, Yucatán, Tabasco, Baja California Sur, Durango y Aguascalientes (6.4); así como entre los hombres, donde ocurren 5.3 suicidio por cada cien mil (INEGI, 2006).

Con respecto a los intentos de suicidios fallidos, la mayoría de ellos cometidos por mujeres, destacan como medios empleados la intoxicación por medicamentos (43.5% del total de intentos) y el uso del arma blanca (19.7%); mientras que en los suicidios consumados sobresalen: la estrangulación (68.9%) y el uso de armas de fuego (16.2%). Por otro lado, los métodos empleados para suicidarse por los hombres difieren de los empleados por las mujeres.

En el caso de las mujeres que fallaron en su intento suicida, 64.7% emplearon el método de intoxicación por medicamentos y 15.7% un arma blanca; en cambio los hombres emplearon un arma blanca (24.1%) y la estrangulación (20.9%). Las que si consumaron el suicidio usaron la estrangulación (56.2%) y el veneno tomado (16.3%); mientras que los varones se estrangularon (71.3%) o se dispararon con un arma de fuego (17.4%), principalmente.

Cabe mencionar que el estudio de las causas y características del suicidio es limitado, el de sus consecuencias y repercusiones en el ámbito familiar y social es aún más restringido. No obstante, la información estadística disponible permite tener una idea de algunas características de la población suicida y advertir, con ello, el posible impacto de sus complicaciones en lo familiar y social.

Las diferencias entre los sexos masculino y femenino en cuanto a este fenómeno, sugieren una reflexión acerca del contexto social en el que se presenta el suicidio, en particular de jóvenes y adultos mayores, por los problemas que suelen estar presentes alrededor de estos grupos de población y que se ubican en el plano amoroso y familiar, más frecuentemente en el caso de los jóvenes, y en los trastornos depresivos que padecen más los adultos mayores, por el proceso de envejecimiento y los patrones socioculturales que los conducen a la soledad, el abandono y a la pérdida de autoestima.

Diferencia por sexo y edad.

Desde el punto de vista psicosocial, se encuentran varios estudios sobre menores de edad que intentan suicidarse. González-Forteza, Borges, Gómez y Jiménez (1996), se hicieron a la tarea de revisar el panorama epidemiológico del acto suicida en México y en otros países, como los trastornos psiquiátricos, los intentos de suicidio previos, y el consumo de alcohol y drogas.

De igual manera los autores proponen abordar el problema del suicidio adolescente identificando factores de riesgo tanto como factores de protección. González-Forteza y colaboradores, señalan, que el principal factor de riesgo de suicidio entre los varones es el ambiente familiar, experiencias humillantes, arrestos policíacos, fracaso escolar, problemas con la pareja y la frustración por conflictos en las preferencias sexuales; mientras que para las mujeres lo constituyen, además el sentirse en desventaja con las amigas, la baja autoestima, la impulsividad, la mala comunicación con la madre, la preferencia al aislamiento en situaciones problemáticas, discusiones con el novio, dificultades escolares y abuso físico y sexual (Lucio et al., 2000).

La incidencia del suicidio se incrementa considerablemente en los años de la adolescencia, en particular los últimos años, y se continúa hasta los primeros años de la segunda década hasta alcanzar un nivel que se mantiene a través de la adultez hasta la sexta década de vida, donde las tasas se incrementa particularmente entre los hombres.

Lo inusual de la muerte por suicidio antes de la pubertad se ha reportado de manera global, Shaffer y colaboradores sugirieron que el motivo más probable subyacente a la edad en que ocurría el suicidio entre adultos y adolescentes, son raros en los niños pequeños y se hacen prevalentes posteriormente en la adolescencia. Así como en el caso de los suicidios consumados, los intentos de suicidio son relativamente raros entre los prepúberes y aumentan en frecuencia a lo largo de los años (Hernández, 2006).

Capítulo 3

Resiliencia

Los estudios de la resiliencia han explorado las capacidades de una mejora en la salud, en los recursos individuales, familiares y sociales así como también en la trayectoria del desarrollo de aquellos adolescentes; quienes a pesar de todos los sucesos estresantes, los manejan no solo para salir adelante en ambientes poco saludables sino también para prosperar (Ungar, Lee, Callaghan & Boothroyd, 2005). El suicidio es un problema que afecta en muchos factores que pueden cambiar dramáticamente de un momento a otro, haciendo exacto un desafío y predicción en el comportamiento significativo futuro a una imposibilidad cercana (Gutierrez, 2006).

En años recientes como ya se ha mencionado en el capítulo anterior, ha habido un crecimiento importante en la investigación y estudio de la prevalencia y etiología del suicidio en el adolescente. Dichas investigaciones han establecido que tanto la ideación suicida y el intento suicida, son relativamente comunes entre los adolescentes y que los riesgos de estos comportamientos se explican de mejor manera por medio de modelos de riesgo en donde las desventajas sociales, las adversidades de la infancia, los problemas mentales, factores personales y la exposición a sucesos estresantes; pueden combinarse para poner al adolescente en riesgo (Fergusson et al., 2003).

La ambivalencia de seguir con vida o no, se va encontrando más a menudo en los adolescentes que enfrentan situaciones adversas, y que pueden ser explicadas por la interacción de factores de riesgo y factores protectores. Cuando los factores de riesgo son más fuertes la atención de los adolescentes es más atraída por la muerte e inclinándose más al comportamiento suicida; en cambio si los factores de protección son mayores, los adolescentes pueden sentirse más atraídos por la vida (Gutierrez, 2006).

La resiliencia es un concepto que nos ayuda a entender porque los adolescentes que presentan muchos factores de riesgo suicida no lo hacen.

En las últimas tres décadas, los investigadores de la resiliencia han cambiado su punto de enfoque por las características individuales y el impacto de los factores de riesgo, para tener más en cuenta a los factores protectores que crean la resiliencia. Numerosos estudios han demostrado la validez del constructo de la resiliencia y se ha encontrado que, cualquier población que se encuentra bajo la adversidad podrá salir más airoso que la norma (Ungar et al., 2005).

3.1 LA RESILIENCIA EN EL ADOLESCENTE.

El concepto de resiliencia nació y comenzó a desarrollarse en Inglaterra por Michael Rutter y Emmy Werner en Estados Unidos, luego se extendió a toda Europa; especialmente en Francia, los Países Bajos, Alemania y España. Más tarde llegó a América Latina (Melillo, 2004), donde la resiliencia es hoy en día, objeto de estudio e importante tema para empezar a establecer importantes y numerosas investigaciones específicas (Luthar, 2006)

Varios autores han dado conceptos diferentes de lo que es la resiliencia, sin embargo, conforme se ha ido estudiando y analizando se nos señala que persisten ciertas ideas fundamentales como: la capacidad de ser sensible a la adversidad, el dolor o el estrés, la posibilidad de poder contar con factores que permitan resistir ese estímulo para luego ser capaces de construir, utilizando el aprendizaje que el dolor o la experiencia traumática ocasionó para que haya la posibilidad de la construcción.

En el campo del desarrollo de la psicopatología, la resiliencia es un constructo que representa una adaptación positiva a pesar de las experiencias adversas o traumáticas. Desde de la introducción de este en la literatura científica durante la segunda mitad del siglo XX, este constructo ha sido enormemente reconocido con una consideración teórica y de una amplia perspectiva importante. La resiliencia es un constructo que subsume dos dimensiones distintas, adversidad importante o significativo y una adaptación positiva (Luthar, 2006). “Desde el punto de vista de la resiliencia, quizá el aspecto más, original y especial sea el énfasis de la necesidad del otro como punto de apoyo para la superación de la adversidad” (Melillo, 2004, p. 63 y 64).

Al hablar de la resiliencia no siempre se debe de pensar en un nivel de excelencia, o sea, se puede ser resiliente al haber obtenido mejores resultados de los esperados adaptándose positivamente a pesar de aquellas experiencias estresantes para obtener de ello una buena recuperación del trauma, para salir mejor y más airoso del trauma. La adaptación positiva, que es también un componente en el constructo de la resiliencia, es una adaptación que es sustancialmente mejor que la que se espera dadas por la exposición a circunstancias de riesgo, como el divorcio de los padres (Luthar, 2006).

Hay sujetos de alto riesgo que pueden manifestar competencia en dominios específicos como puede ser en el ámbito escolar, emocional o conductual; así como también mostrar problemas o conflictos en otros dominios, dándose prioridad a unos dominios de adaptación sobre los demás, por lo que la resiliencia pueda no ser forzosamente un constructo global.

Para entender la resiliencia, es esencial la identificación de los factores de protección, que amortiguan o aminoran los efectos de los factores de riesgo. Investigadores de la resiliencia han usado únicamente los eventos de vida que son adversos e incontrolables para el adolescente y el niño, para la medición de la adversidad (Hoven et al., 1998).

Algunas teorías sugieren, que la resiliencia se da por la operación de los factores de protección ante situaciones adversas o traumáticas que pueden ser considerados como factores de riesgo. Hay que explicar que los factores de riesgo son aquellas circunstancias o situaciones asociadas con una alta probabilidad de consecuencias negativas o problemas de conducta; mientras que, los factores de protección son aquellas circunstancias o situaciones que reducen el efecto de los factores de riesgo.

El uso del concepto de riesgo, ha sido esencialmente biomédico, en tanto que, el desarrollo de la epidemiología social ha dejado abierta la posible búsqueda de factores de riesgo en el ámbito familiar, económico y psicológico. Cuando el comportamiento se comienza a considerar y a incorporar como factor de riesgo, se ha observado que un mismo comportamiento puede favorecer o perjudicar el desarrollo psicosocial del adolescente. De allí surgen los llamados factores protectores, como un complemento de los factores de riesgo, concepto que ha ido

creciendo hasta llegar a los hoy llamados factores resilientes, que son entendidos como los escudos que favorecen el desarrollo del adolescente que parecía estar condenado de antemano.

Cada vez más, los adolescentes son motivo de investigaciones, estudios e intervenciones orientadas a que esta etapa de la vida se pueda transitar de forma saludable para los individuos y la sociedad. La comprensión de los cambios biológicos, sociales y cognoscitivos ha dado pie a la creación de diversas teorías que tratan de explicar su complejidad.

Las investigaciones de resiliencia han ido cambiando la forma en cómo se ha ido percibiendo al ser humano: de un modelo de riesgo basado en las enfermedades y de necesidades se ha podido pasar a un modelo de promoción y de prevención basándose en las potencialidades y recursos que el ser humano tiene en sí mismo y a su alrededor.

La población adolescente ha ido en aumento en las últimas décadas. En Latinoamérica representa el 30% de la población; su salud implica o es la base del desarrollo social, económico y política de la región en un futuro próximo. La OMS estima que un 70% de las muertes en la etapa del joven a adulto se debe a conductas de riesgo que tiene su inicio durante la adolescencia. Los adolescentes suelen ser considerados como un grupo en riesgo en la medida de que la adolescencia presupone una etapa en que la mayoría de los individuos atraviesan por múltiples cambios tanto internos como de su medio externo que se presentan de manera simultánea y rápida, aún cuando no se encuentran con todos los recursos tanto biológicos como psicológicos y sociales para hacerles frente de manera efectiva (Lucio, Barcelata y Durán, 2007).

Luthar y colaboradores indican, que algunos jóvenes pueden manifestar resiliencia en algunas situaciones y áreas de funcionamiento pero no en otras (Luthar, 2006). La resiliencia es dependiente de interacciones recíprocas entre el individuo y el ambiente, los jóvenes resilientes son definidos no como individuos que poseen una única cualidad llamada “resiliencia”, sino que son más bien individuos quienes han vencido la adversidad a través del proceso de la resiliencia. La literatura de la resiliencia ha sugerido, que tener metas, esperanzas, planes y con sentido de propósito; fomenta la resiliencia en los adolescentes (Everall, Altrows & Paulson, 2006).

Un modelo de resiliencia se caracteriza por la posesión de cuatro áreas, que al interactuar entre sí, generan conductas o características resilientes. Estas áreas son los apoyos o recursos externos, la fortaleza intrapsíquica y las habilidades interpersonales y sociales donde; cada una de estas áreas agrupa factores resilientes como la autoestima, la confianza en sí mismo y el entorno, la autonomía y competencia social. La posesión de estas capacidades y la interacción de todas estas es la fuente de la resiliencia.

Los estudios de la Dra. María Fornis (2006) indican que los adolescentes afrontan los problemas usando distintos tipos de estrategias, ya sea por evitación donde existe la ausencia de esfuerzo para alterar la situación estresante o el de aproximación donde hay intentos que tienden a alterar la situación estresante. Para modificar el riesgo, superar el estrés y para conseguir la resiliencia, es necesario reducir el impacto de las situaciones de riesgo para también reducir las probabilidades de que se inicie una cadena de reacciones negativas, pero sobre todo promover factores de compensación para que den paso a nuevas oportunidades de afrontar tal situación de riesgo ya sea por esfuerzos cognoscitivos como la reflexión, análisis lógico, reevaluación positiva o por esfuerzos conductuales, como la búsqueda de guía de apoyo o resolución de problemas

La interacción de los factores es dinámica y va variando a lo largo de las etapas del desarrollo, ya que va cambiando dependiendo de la situación de la adversidad. Estos factores de la resiliencia pueden ir actuando en forma independiente y/o interactuar entre ellos, ya sea, intensa o moderadamente, en algunas situaciones o en forma acumulativa, para que haya una prevención o minimización de los resultados de la crisis o de la adversidad crónica y para contribuir al realce y/o a la transformación de la vida de cada uno; sin embargo, la resiliencia puede ser más efectiva cuando dos o más factores reciben atención al mismo tiempo.

Cabe destacar que Cyrulnik (2001) señala que los comportamientos resilientes implican que las interacciones sociales son difíciles y no placenteras y que el dolor provocado por la adversidad sigue presente, aún cuando se presente el comportamiento resiliente. Es así como se entiende en el marco de la resiliencia la necesidad de sostener la ecuación entre factores de riesgo y factores protectores, ecuación que se expresa a través del comportamiento.

Hiew y colaboradores (2000) descubrieron que las personas que eran resilientes, eran capaces de poder enfrentar situaciones adversas y estresantes, y al mismo tiempo tener la capacidad de poder aminorar la intensidad de las situaciones de estrés y la expresión de los síntomas negativos asociadas a dichas situaciones, como la ansiedad, la depresión y el enojo. Paralelamente aumenta la creatividad, la salud emocional y curiosidad; estos autores demostraron, que la resiliencia es efectiva no sólo para enfrentar las adversidades, sino también, para promover la salud mental y emocional. Es importante saber que la resiliencia aumenta la calidad de vida y la sensación de bienestar.

3.2 FACTORES DE RIESGO.

Existen diversas conceptualizaciones de riesgo, algunas de ellas se refieren a la identificación de factores que acentúan o inhiben la posibilidad de enfermedad o déficit y a los procesos subyacentes (Lucio et al., 2007). También riesgo se puede definir en términos de probabilidades estadísticas: una condición de alto riesgo es algo que lleva altas probabilidades para medir una mala adaptación en campos críticos.

Se sabe que las enfermedades o déficits tiene muchas causas o factores de riesgo que en ocasiones están interrelacionadas. Se puede considerar factor de riesgo a cualquier circunstancia o evento de diversa naturaleza ya sea biológico, psicológico, social o medioambiental, cuya presencia o ausencia influye en la posibilidad de que se presente un problema en el desarrollo de un individuo o grupo de ellos (Lucio et al. 2007). El estudio en niños y adolescentes que afrontan problemas mayores, es totalmente apropiado definir evasión de riesgo simplemente en términos de la ausencia de psicopatología seria, más que en superioridad o excelencia de adaptación diaria (Luthar, 2006)

Las conductas consideradas de riesgo que pueden ocasionar daños o resultados no deseados durante la adolescencia, son numerosos y la fuente o posibilidad de ocurrencia pueden estar relacionadas con diversas áreas de la vida de los jóvenes. En este sentido las situaciones de alto riesgo a menudo deben ser evaluadas desde un modelo multidimensional.

Se trata entonces de un grupo vulnerable, en términos de la gran influencia que ejercen factores externos sobre su desarrollo y que se encuentran ajenos a su control. Hay cambios que se pueden ir presentando en esta etapa en distintas dimensiones de su vida, y que pueden ser percibidas como difíciles surgiendo con ello conflictos emocionales y dificultades de adaptación en general.

El concepto de adversidad ha sido regularmente usado como un término que se ha intercambiado con el de riesgo, que denota la presencia de eventos o circunstancias significativas que incrementan la probabilidad de un resultado negativo para el individuo. Ejemplos de factores de riesgo comunes en la adolescencia pueden ser el divorcio o la separación de los padres, el abuso de drogas, el abandono, una seria enfermedad o discapacidad y una pobreza crónica. Aunque la adversidad frecuentemente involucra serios traumas, que también pueden ser por una acumulación de problemas o dificultades diarias, o por estresores acumulados que tienen un gran efecto sobre el individuo que hacen u ocasionan los eventos traumáticos (Everall et al., 2006).

3.3 Factores personales.

Psicopatología.

Algunas investigaciones prueban que el suicidio puede ser el resultado directo de una enfermedad mental. Estos adolescentes experimentan alucinaciones que les dicen que se maten. Otros amenazan con suicidarse, en parte por la culpa anticipada causada por voces que les impulsan a las agresiones externas. La gran mayoría de los adolescentes que cometen suicidio tienen un historial relativamente largo de conducta perturbada con signos y síntomas psiquiátricos, sobre todo depresión y abuso de sustancias (Rice, 2000).

Depresión

Es uno de los factores más comunes en adolescentes y a su vez uno de los correlatos más potentes de la conducta suicida. La depresión ha sido encontrada en la mayoría de las conductas suicidas y es, generalmente, evaluada en pacientes que pueden considerarse suicidas en potencia, ya que se ha encontrado que es un predictor significativo tanto del intento suicida como del suicidio. Con

relación a esto las tasas de depresión son significativamente mayores en los sujetos con intento de suicidio que en sujetos sin intentos de suicidio.

La depresión al parecer se encuentra directamente relacionada con la ideación suicida. En un estudio sobre síntomas depresivos e ideación suicida, Goldberg en 1981 encuentra que el 22% de los adolescentes tenían conjuntamente síntomas depresivos e ideación suicida, mientras que solo el 5% tenía ideación suicida sin síntomas depresivos. En este estudio, el 29.9% de los adolescentes tenían síntomas depresivos.

En general, los varones adolescentes cometen suicidio más a menudo de lo que lo hacen las mujeres, sin embargo la tasa de intentos de suicidio es dos o tres veces mayor entre las mujeres. Las jóvenes sufren de depresión más a menudo que los varones, pero también es más fácil para ellas hablar de sus problemas y solicitar ayuda. Esto probablemente ayuda a prevenir los actos suicidas con resultado fatal (OMS, 2001).

Se calcula que aproximadamente un 90% de las personas que han puesto fin a su vida suicidándose tenían un trastorno mental, y un 60% de ellas estaban deprimidas al momento de suicidarse. De hecho, todos los trastornos del estado de ánimo han sido claramente relacionados con el comportamiento suicida. La depresión y sus síntomas (p. ej., tristeza, aletargamiento, ansiedad, irritabilidad, alteraciones del sueño y la comida) deben alertar el posible riesgo de suicidio (OMS, 2006).

Desesperanza.

La desesperanza es definida según Beck, como un deseo de escapar de algo que uno considera que es un problema insoluble y no tiene esperanza de que el alivio del mismo sea posible en el futuro.

La desesperanza tiene que ver con un sistema de esquemas cognoscitivos que parte de las expectativas negativas, hasta que lleva a un sentimiento general de desesperación y de falta de intención de vivir (Buendía et al., 2004).

La desesperanza es un indicador significativo que indica la presencia de la depresión en el adolescente y que es potencial para indicar si hay riesgo suicida; la manifestación clínica de la desesperanza puede ser situacional o transitoria que combinada con la impulsividad del adolescente puede ser bastante peligrosa para la presencia del suicidio en el adolescente (Rutter, 2004).

En adolescentes con trastornos del ánimo, la desesperanza y la baja autoestima parecen estar relacionadas con la presencia de ideación suicida. El auto-concepto es también un factor psicosocial que garantiza inclusión. Hay investigaciones que indican; que los adolescentes incorporan elementos personales, escolares y sociales reprobatorios de su autoconcepto. Los investigadores han explorado esta variable y han mantenido la idea de que el autoconcepto pobre puede llevarlos a la auto-repugnancia y a la consideración del suicidio adolescente (Rutter, 2004). Beck identificó la desesperanza como un importante factor capaz de predecir la ideación y la conducta suicida, en muchos casos la desesperanza ha probado ser mejor predictor del intento suicida que la depresión y se cree que media entre la depresión y la conducta suicida.

Abuso de sustancias.

El abuso de sustancias es considerado como un importante factor de riesgo asociado con el riesgo suicida en el adolescente. El estar inmerso en el uso de las drogas, puede ser un marcador y precursor de la depresión y sobre todo otros factores de riesgo suicidas. Los estudios del uso de sustancias y el riesgo suicida demuestran una asociación que varía entre el tipo de sustancia que se consume y el género; se ha encontrado que para los jóvenes, el uso temprano de drogas y sustancias esta significativamente asociado con todos los factores de riesgo del comportamiento suicida mientras que el uso temprano del cigarro está asociado únicamente con la ideación suicida. Para las jóvenes el uso temprano de alguna sustancia y/o drogas, está asociado con la ideación suicida e intentos de suicidio (Cho, Dion & Iritani., en prensa).

3.4 Factores familiares.

Familia disfuncional.

Para algunos autores el abuso sexual, la falta de una buena comunicación entre hijos y padres, la inestabilidad, la discordia, y/o violencia, son signos típicos de una familia disfuncional.

Hay problemas familiares que contribuyen al suicidio en adolescentes, como lo son la mala comunicación, el conflicto con los padres, alienación del adolescente con lo que respecta a la familia así como amor, afecto y apoyo inadecuado de los miembros de la familia. No obstante y a pesar de que existen diferencias en los grados e incluso en los tipos de estresores que proceden de la familia, la percepción del estrés familiar y la falta de apoyo de la familia contribuyen, dentro del campo de los estresores familiares, como factores de riesgo muy importantes a la conducta suicida en el adolescente. Una familia disfuncional disminuye la autoestima de los adolescentes y ser una amenaza para su integridad física y psicológica, y en combinación con otros factores puede ayudar a que se generen sentimientos de vulnerabilidad y motivación para el suicidio (Buendía et al., 2004).

Historia familiar con comportamiento suicida.

Distintas investigaciones han informado que, la historia familiar que reporta conducta suicida puede incrementar de manera muy importante el riesgo de suicidio o intento de suicidio (Buendía et al., 2004). Dado que el trastorno psiquiátrico y el suicidio casi siempre coexisten, ambos fenómenos deben ser considerados sobre si una aparente familiaridad se refleja específicamente sobre suicidio, o bien, si se trata de una asociación con la psicopatología o enfermedad psiquiátrica parental (Hernández, 2007).

Psicopatología parental.

Brent y colaboradores (1994) reportaron que una historia familiar de depresión y abuso de sustancias incrementaba significativamente el riesgo de suicidio. En contraste Gould y colaboradores (1996) encontraron que el impacto de la psicopatología de los padres no contribuyó al riesgo de suicidio adolescente después de controlar la psicopatología del propio adolescente (Hernández, 2006).

3.5 Factor Socioambiental.

Abuso sexual.

Tantos estudios clínicos como comunitarios han observado altos niveles de autoconcepto negativo, nerviosismo, depresión, ansiedad, problemas sexuales y amenazas e intento de suicidio en víctimas de abusos sexuales. Las víctimas de abuso sexual son altamente susceptibles al abuso de sustancias (Rice, 2000). Dos estudios, indican que el abuso sexual autoreportado esta significativamente asociado con un riesgo mayor de conducta suicida en la adolescencia. Ya que el abuso sexual infantil se ha relacionado con otros factores de riesgo documentados para el suicidio, se hace necesario el control de tales factores (Hernández, 2006).

Problemas escolares.

Un amplio cuerpo de investigaciones ha demostrado que los altos niveles de estrés de forma continuada debilitan el bienestar psicológico, la salud física y la ejecución de la tarea, presentando riesgo a la conducta suicida. Las dificultades escolares como, sentirse inferior o humillado por no haber sido capaz de haber terminado el trabajo en clase, sacar una mala puntuación en un examen; haciendo que perturbe la armonía e interfiera en las actividades de clase, ciertamente afecta el funcionamiento académico (Rice, 2000), orillándolos a abandonar la escuela o no tener planes para ir a la universidad. Todos estos factores representan un riesgo importante para el suicidio consumado.

Beautris y colaboradores (1996), reportaron que aquellos adolescentes que habían tenido un intento de suicidio serio, tenían una mayor probabilidad de desertar de la escuela o de no ir a la universidad (Hernández, 2006).

Imitación.

Se ha observado que otros adolescentes suicidas son muy sugestionables para seguir el ejemplo de otros. Este factor de sugestionabilidad se ha confirmado en estudios de epidemias de suicidios adolescentes; cuando tiene lugar un suicidio, anima a otros adolescentes suicidas que son vulnerables. Se han llegado a crear pequeños grupos de adolescentes que forman una subcultura del suicidio (Rise, 2000).

Sucesos de vida estresantes.

Los eventos de vida estresantes o adversos pueden disparar un acto suicida, aunque esta asociación ocurra probablemente solamente en individuos que poseen una vulnerabilidad en el suicidio. El suceso estresante en sí funciona entonces como un disparador que empuja al individuo hacia el comportamiento suicida en un intento desesperado por enfrentar estas reacciones emocionales intensas. El riesgo de suicidio se incrementa después de la aparición de la pubertad y los cambios biológicos, psicológicos y sociales asociados con la adolescencia pueden incrementar el grado de estrés experimentado por la mayoría de los jóvenes (Hernández & Lucio, 2006).

Overholser (2003) comentó que mientras los eventos precipitantes se refieren a aquellos sucesos que preceden inmediatamente a una crisis suicida, y los estresores hacen referencia a los eventos que ocurren semanas o meses previos al intento suicida. Así cuando un adolescente sufre una pérdida o un conflicto en la vida diaria del adolescente, puede considerar el acto suicida como una forma de enfrentar problemas severos en su vida. Rubenstein y colaboradores (1998), señalaron que los eventos estresantes de vida pueden ser evaluados como los disparadores potenciales para los pensamientos y actos suicidas entre la población adolescente.

Otros autores como Adams y Adams (1991) propusieron que la presencia de estrés de vida negativo, puede ser un factor de riesgo no específico que incrementa el malestar emocional general, o específicamente la depresión que a su vez puede preceder al comportamiento suicida. Los potenciales efectos letales del estrés en el adolescente pueden no ser inmediatamente aparentes pero sí acumularse durante varios meses. Varios estudios sugieren que, además de los sucesos de vida estresantes hay experiencias traumáticas tempranas pueden tener efectos a largo plazo y estar relacionadas al comportamiento suicida adolescente (Hernández y Lucio, 2006).

3.6 FACTORES PROTECTORES

El objetivo central en las investigaciones de la resiliencia es identificar la vulnerabilidad y los factores protectores que pueden modificar los efectos negativos de las circunstancias adversas en la vida del adolescente y habiendo cumplido con esto para la identificación de los mecanismos o

procesos que pudieran haber debajo de la asociación encontrada, entonces los factores protectores son aquellos que pueden modificar los efectos de riesgo en una dirección positiva.

Hauser y colaboradores (1999) define a los factores protectores como dimensiones que moderan los efectos de las vulnerabilidades del individuo o riesgos ambientales, de forma que la trayectoria dada del desarrollo refleja más adaptación en un dominio dado que si fuera el caso en el que los procesos protectores no estuvieran operando (Everall et al., 2006). Garmezy y colaboradores (1985) inicialmente usaron los términos “compensatorio” para describir los hallazgos de sus efectos principales y “protectores” para describir los efectos de interacción (Luthar, 2006).

La Familia (factores protectores).

Estos factores protectores tienen una conexión directa con los efectos de protección sobre los adolescentes, que actúa como un amortiguador. La familia es un factor protector potente que se piensa que opera para proveer a los adolescentes con una interconexión de responsabilidad que hacen que se sientan cómodos y al mismo tiempo recibiendo apoyo de la familia.

La conexión que tiene el adolescente con la familia puede interactuar como un factor que mitiga y previene, tal vez sea porque la familia es la que se encarga y controla a los adolescentes con quien pasan tanto tiempo y en dónde; esto siempre y cuando la familia mantenga una relación cercana con sus hijos, reduciendo de esta manera cualquier tipo de riesgo en el suicidio (Henrich, Brookmeyer & Shahar, 2005).

Para los adolescentes el desafío de la adversidad y el estrés, un apego seguro con al menos un padre presente que le brinde cuidado, puede jugar un papel mayor en el fomento de la resiliencia. Las fuentes del apoyo parental, a través del cual los padres proveen recursos específicos y servicios a sus hijos, puede llegar a ser instrumental en el fomento de la resiliencia; estas fuentes de apoyo pueden ser:

- Informativas, la cual consiste en la orientación e información que ayude al joven, guiándolo a través de los retos y desafíos que se le presentan a lo largo de su vida.

- Emocional, a través del cual el adolescente está acompañado y recibiendo el mensaje de que él o ella es valioso.

Smokowski (1999) ha encontrado que, cuando la crianza y el apoyo no están consistentemente disponibles por parte de los padres, los adolescentes resilientes son expertos pidiendo ayuda de cuidadores alternos dentro de la familia. Los abuelos, los tíos y los hermanos más grandes; a menudo proporcionan un ejemplar papel y un apoyo que les ayuda a amortiguar los efectos de la adversidad.

Los adolescentes pueden también aprender *que no hacer*, observando las consecuencias de los comportamientos negativos de los miembros de la familia (Everall et al., 2006). Una relación de cuidados y de apoyo con uno o ambos padres, facilitan la presencia de procesos protectores.

Factor escolar.

Se ha comprobado que este factor protector actúa como amortiguador en los adolescentes, en quienes representa el sentirse comprometidos y conectados a la escuela y adoptar metas y valores escolares.

La escuela al parecer actúa como factor protector que previene el comienzo del suicidio entre adolescentes (Henrich et al., 2005); incluso puede servir para modificar conductas inapropiadas así como la violencia y la agresión que quizá, los padres no pueden controlar adecuadamente (Luthar, 2006). No obstante cuando las escuelas se encuentran dentro de colonias peligrosas donde los jóvenes pudieran estar expuestos a la violencia, los efectos de sentirse conectados con la escuela pueden actuar como factor protector ante un continuo riesgo de suicidio.

Mudarse a una nueva escuela o vecindario es un ejemplo a lo que Rutter (2001) llamó “neutralizando” o “nuevo comienzo”, experiencia que provee al adolescente con una oportunidad de un pasado una oportunidad positiva para cambiar (Everall et al., 2006).

Lo que ayuda a muchos de los adolescentes, es la percepción de que sus maestros los ven como personas fuertes y creyentes de sus habilidades para alcanzar el éxito. La mayoría de los adolescentes recuerdan a sus maestros, prefectos y psicólogos; quienes juegan un papel significativo, ayudándoles a superar el riesgo suicida.

Factor social.

El factor social quizá es el más importante, con lo que respecta a la valoración de los precursores psicológicos de la conducta suicida. El apoyo social está relacionado con el funcionamiento más sano del adolescente (Rutter, 2004), y ha probado ser un importante elemento a considerar cuando se pretende clarificar las relaciones entre el estrés, debilitamiento psicológico y la ideación suicida (Buendía et al., 2004).

Para algunos jóvenes, involucrarse en relaciones y actividades extracurriculares fuera de casa, ayuda a fomentar la resiliencia (Everall et al., 2006).

Al parecer diferentes autores han encontrado que los adolescentes que presentaron algún tipo de conducta suicida tenían también un cierto grado de aislamiento social. Al igual que en la depresión, la desesperanza, los problemas académicos y otros factores, también hay diferencias entre sujetos con intento de suicidio y sujetos sin intento de suicidio en lo concerniente al apoyo social. En general, suele encontrarse de forma sistémica que los sujetos con intento de suicidio tienen menor apoyo social que aquellos que no han intentado suicidarse (Buendía et al., 2004).

El apoyo, como constructo, ha sido definido como un sentido de pertenencia, especialmente entre sus pares, compañeros de equipo, comunidad o miembros de la familia. Los adolescentes que reportan un fuerte apoyo social (bajo aislamiento), muestran niveles altos de resiliencia y bajos niveles de riesgo suicida. En los adolescentes hay menos probabilidades de que exista riesgo suicida si ellos perciben a sus familias, amigos y pares más accesibles, así como también tuvieran la percepción de tener más amistades positivas. Aquellos adolescentes que perciben ser apoyados por sus padres o por sus pares muestran mecanismos de afrontamiento más sanos y mantienen una perspectiva más sana acerca de su futuro. En contraste, los adolescentes

que carecen de apoyo social y que experimentan aislamiento, tal vez tengan vías auto-perjudiciales (Rutter, 2004).

En los momentos de crisis o adversidad, los adolescentes resilientes a menudo buscan y aceptan el apoyo y los cuidados de los adultos que no son de su familia, así como sus maestros, entrenadores, prefectos y vecinos. Las relaciones positivas con sus pares a menudo pueden ser útiles, como otra principal fuente de apoyo; a través de la afiliación y la identificación con amigos cercanos, los adolescentes pueden beneficiarse del compañerismo emocional y apoyo motivacional, de un ejemplar papel y un sentido de pertenencia (Everall et al., 2006).

El desarrollo de redes con los pares y las amistades juega un papel central en el proceso de superar el riesgo suicida. Los adolescentes pueden buscar, dentro de las redes sociales con los pares o amigos un ambiente donde ellos pueden experimentar una sensación de pertenencia, camaradería y aceptación que ellos no pueden experimentar en ningún otro lugar; además teniendo una relación cercana con una pareja romántica puede ser por lo general, de mucha ayuda para evitar el riesgo y la ideación suicida.

Autoeficacia.

Para Bandura la expectativa de eficacia es la creencia de que uno es capaz de ejecutar con éxito un determinado comportamiento requerido para obtener unos resultados específicos. Tanto autoconcepto como autoestima son constructos psicológicos que presentan una evidente relación con la autoeficacia.

Respecto al autoconcepto, este podría ser entendido como una opinión global acerca de uno mismo, que se forma a partir de una experiencia directa y las evaluaciones de otras personas significativas. La eficacia que un individuo cree poseer puede llevarle a una mayor persistencia en la realización de una actividad, en el convencimiento de que podrá realizarla adecuadamente, con la relativa independencia de su capacidad real para dicha ejecución.

Schotte y Clum señalan que es frecuente encontrar entre quienes han intentado suicidarse, un bajo sentido de eficacia para la resolución de problemas relacionados con

acontecimientos vitales estresantes, está asociado a una actitud indiferente respecto a la vida. La adolescencia es una etapa que está marcada por continuos cambios y retos, así como por la búsqueda del afianzamiento personal, las expectativas de autoeficacia supone un mediador del comportamiento especialmente poderoso, capaz de actuar como factor protector cuando se llevan a cabo autoevaluaciones positivas de eficacia, o facilitando por el contrario, el desarrollo de valores disfuncionales respecto a situaciones problemáticas que puedan devenir en un incremento del riesgo suicida (Buendía et. al., 2004).

Autoestima.

Se ha encontrado relación entre la autoestima y la conducta suicida. Esto quiere decir que, se ha encontrado que la autoimagen negativa y baja autoestima en personas que han realizado intentos de suicidio o amenazado con suicidarse. La autoestima parece ser una variable que media entre la falta de proximidad familiar y la ideación suicida, por lo que se considera a la autoestima una importante variable interviniente; cuando la autoestima es mayor la ideación suicida es menor.

La autoestima también se ha relacionado con los sentimientos de control o confianza en las habilidades de uno mismo para manejar situaciones. Así, con frecuencia los individuos suicidas tienen un bajo sentido de eficacia concerniente a sus habilidades para influir en los eventos estresantes y mantiene una actitud bastante indiferente hacia la vida (Buendía et al., 2004).

Religión.

Las personas sin ninguna afiliación religiosa son más propensos a una vida con intentos de suicidio, reportan más ideaciones suicidas y hay mayores probabilidades de que cometan o hayan cometido algún suicidio en comparación con aquellas personas que si están afiliados a alguna religión. Cabe mencionar que este factor funciona como un fuerte predictor para futuros intentos de suicidio (Dervic et. al.; 2004).

Los sujetos que no están afiliados a alguna religión son cada vez más jóvenes, que no se encuentran casados y con menos probabilidades de que tengan hijos; en cambio aquellas personas que si están afiliados a alguna religión reportan una mayor orientación a tener redes sociales de

apoyo en la familia, reflejándose en una mayor parte del tiempo empleado con la familia. En contraste muchos sujetos que no se encuentran afiliados religiosamente reportaron tener menos relaciones familiares, así como también menos redes sociales tanto con amigos como con pares.

Hay investigaciones que muestran que los intentos de suicidio están significativamente asociados con una percepción positiva al suicidio, con niveles altos de agresión dentro sus vidas y bajos sentimientos de responsabilidad familiar, mientras que la afiliación religiosa y la edad no lo están. Por tanto el factor religión puede proveer una fuerza positiva que contrarreste la ideación suicida al enfrentar la depresión, la desesperanza y los eventos estresantes (Dervic et al., 2004).

El comportamiento suicida está relacionado con rasgos impulsivos, agresivos y en donde la ira es un predictor de futuros comportamientos suicidas en adolescentes. La religiosidad ha reportado estar relacionada con un bajo comportamiento hostil, baja tendencia a enojarse y una baja tendencia a la agresividad.

Locus de Control.

Consistentemente las mujeres reportan un alto porcentaje a través de diversas formas de comportamiento suicida, fuera de suicidios consumados. Estos patrones son consistentes las diferencias de género conocidos, indicando que las mujeres hacen más intentos, pero los hombres usan frecuentemente medios letales, así como las armas de fuego

Tal vez el aspecto de suicidio adolescente más frecuentemente estudiado, se ha centrado en identificar factores psicológicos asociados con el riesgo suicida. Un constructo que ha recibido mucha atención en la literatura, es el de locus de control. La exploración del locus de control se relaciona con el suicidio, ha buscado aclarar la diferencia del riesgo entre individuos que tienden a ver su conducta, como impactan en el mundo que los rodea (orientación interna), y aquellos quienes ven sus conductas como tener pequeñas o no relación alguna con las consecuencias en el mundo que los rodea (orientación externa).

Se ha centrado y puesto mucha atención en como el ambiente afecta a la conducta humana. Por ejemplo, los investigadores se han centrado en como los espacios ambientales son usados para brindar seguridad, cognoscitividad y restablecimiento emocional, sanar, expresar autonomía y exploración. Hay una gran cantidad de investigaciones que estudian ambas preferencias medioambientales de los adolescentes, que contribuyen al estado de bienestar emocional, mental y un ajuste social que influye en el riesgo suicida.

Dado ahora el vínculo entre el locus de control y el riesgo suicida en el adolescente encontrado en previas investigaciones, también la gran cantidad de investigaciones reconocen los efectos psicológicos y emocionales que el ambiente puede tener sobre el adolescente. Es necesario un entendimiento adicional en, como las preferencias de los espacios ambientales y los factores de percepción de control del ambiente se relacionan con el riesgo suicida adolescente (Evans, Owens & Marsh, 2005).

Hay investigaciones recientes que respaldan hallazgos previos, en la relación que hay entre el locus de control externo y el incremento en el riesgo suicida. El locus de control en relación al género, produce resultados significativos con las chicas adolescentes que reportan una mayor orientación externa a comparación de los chicos adolescentes.

Las preferencias de los jóvenes que presentan riesgo suicida alto por ambientes externos a su casa, podría ser una tentativa de buscar lugares de reunión dónde se puede encontrar un mayor control, o semejantes encuentros podrían ser por reacción a los conflictos familiares u otras dinámicas familiares. Sin embargo, tales preferencias pueden permitir al adolescente, a crear un sentido de identidad propia y ejercer control sobre su ambiente a un grado que no es proporcional en su casa. Desde una perspectiva ambiental, estas investigaciones se relacionan con pasados y presentes hallazgos, con una conexión entre un locus de control externo y el riesgo suicida; indicando que la salud emocional y el desarrollo social puede ser apoyado en parte por tener acceso a lugares y espacios con vida adolescente, donde ellos tiene el poder de hacer un cambio y de tener un sentido de propiedad y control sobre el ambiente (Evans et al., 2005).

Una investigación considerable de los ambientes adolescentes sugieren, que teniendo fácilmente acceso a espacios naturales, lugares de reunión y ambientes dónde la autonomía y el sentido del control; se ha encontrado que puede ayudar a los adolescentes a tener un mejor control del estrés, de problemas psicológicos y del sentimiento de desesperanza.

Investigaciones anteriores sugieren que proveer a los adolescentes con encuentros accesibles y espacios naturales, pueden tener una prometedora manera de promover o fomentar la reducción del estrés y posteriormente reducir el riesgo suicida (Evans et al., 2005).

Coefficiente Intelectual.

Hay estudios de resiliencia que demuestran que al encontrarse ante eventos de estrés se identifica un CI alto, locus de control interno y habilidades sociales que le permiten interactuar y relacionarse.

Los hallazgos han sido consistentes con la idea de que el CI en los adolescentes funciona como factor protector, por medio de la interacción entre los eventos de vida adversa y el CI. Se encontró que el CI ha sido significativamente alto en la predicción de un adolescente ante una situación de riesgo presentando un CI que le proporciona un buen ajuste y adaptación ante esas situaciones de riesgo, pero no para aquellos que son de bajo riesgo.

El solo efecto de la interacción del CI con los eventos estresantes, muestra que el CI alto en los adolescentes mantiene; en general, un nivel alto de competencia a pesar de los eventos estresantes, mientras que un CI bajo en el adolescente está muy lejos de tener competencias para enfrentar los eventos estresantes (Luthar, 2006).

Capítulo 4

Metodología

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Hay indicadores de resiliencia en adolescentes escolares que habían presentado ideación suicida?

4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.

Identificar indicadores resilientes como los familiares, escolares, sociales, de salud, así como también indicadores personales; en adolescentes escolares que presenten ideación suicida y que no han recibido tratamiento psicológico.

4.3 JUSTIFICACIÓN.

Los estudios de resiliencia son variados (Luthar, 2006), como ya se ha discutido en los capítulos previos. Pero aparentemente en México faltan más investigaciones que expliquen más específicamente este fenómeno. Lo que llamamos resiliencia, se conceptualiza como la capacidad del individuo para enfrentarse y manejar mejor que lo esperado a un estrés de naturaleza y duración significativas, en un contexto de vulnerabilidad.

De lo anterior surge el interés de saber si algunos individuos que están siempre sometidos a estrés, dentro de su vida cotidiana son adaptables o resilientes; ya que han podido desarrollar mecanismos protectores de la vulnerabilidad causada por algunos posibles factores de riesgo anteriormente mencionados.

4.4 PARTICIPANTES.

Se trabajó con estudiantes adolescentes de ambos sexos (dos hombres y cinco mujeres), cuyas edades están entre 14 y 15 años, y que se encontraban estudiando el 3er año del nivel medio básico en una escuela pública en el sur de la Ciudad de México.

Se hizo un seguimiento con los estudiantes adolescentes que, con anterioridad (aproximadamente un año y medio) se habían detectado con ideación suicida y no habían querido participar en un tratamiento preventivo que se realizó en la escuela.

4.5 TIPO DE ESTUDIO.

La primera parte de esta investigación fue cualitativa descriptiva, ya que se seleccionó una serie de indicadores para evaluar la información sobre cada uno de los diferentes aspectos con la finalidad de describirlos datos de dicha investigación. Es decir que, a través de entrevistas individuales se evaluó si en la actualidad los adolescentes presentan ideación, intento o plan suicida. Posteriormente, se hizo una evaluación de los instrumentos psicométricos de forma cuantitativa para medir y encontrar las razones o causas (Hernández, Fernández y Baptista, 2003) por las cuales se puede presentar la ideación suicida en los adolescentes.

4.6 ESCENARIO.

La presente investigación se llevó a cabo en los salones de clases, laboratorios, consultorio y biblioteca de una secundaria pública. Dichos espacios fueron proporcionados y facilitados por las autoridades de la secundaria.

4.7 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.

Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes “IRIS” (Hernández y Lucio; 2003). El propósito de este inventario es identificar a los jóvenes estudiantes que se encuentren en riesgo de suicidio para referirlos a un modelo de intervención psicológica que tenga como objetivo la reducción de tal riesgo y la prevención de algún tipo de conducta suicida.

Este inventario está compuesto por 50 reactivos distribuidos en tres subescalas que son:

- **FACTOR O SUBESCALA 1:** Ideación e intencionalidad suicida, compuesta por 10 reactivos.
- **FACTOR O SUBESCALA 2:** Depresión y desesperanza, compuesta por 8 reactivos.
- **FACTOR O SUBESCALA 3:** Ausencia de circunstancias protectoras, compuesta por 6 reactivos.
- **ÍNDICE O SUBESCALA 4:** Índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida, compuesta por 26 reactivos.

Al momento de la calificación del IRIS es posible crear distintos grupos o niveles de prioridad a partir de un modelo acumulativo de riesgo. Los criterios pueden delimitar cada grupo o nivel que se describirán a continuación, se muestra el descriptor principal desde el indicador de mayor prioridad (1) hasta el que identifica al adolescente o grupo de adolescentes sin riesgo (0).

1. **PRIORIDAD 1 (ALTO RIESGO):** Se caracteriza por haber endosado tanto los tres reactivos críticos como presentar puntuaciones T mayores a 60 en las tres subescalas.
2. **PRIORIDAD 2 (RIESGO POR INTENTO):** Son los que están en el grupo de prioridad 1 (anterior) pero que endosan solo el reactivo 50 de intento o intentos previos.
3. **PRIORIDAD 3 (RIESGO POR IDEACIÓN):** No se encuentran en los dos grupos de prioridades anteriores pero reportan ideación suicida recurrente, de algunas veces a casi todo el tiempo.
4. **PRIORIDAD 4 (RIESGO BAJO):** Aquí se encuentran aquellos adolescentes que muestran indicadores de malestar psicológico asociado al riesgo suicida.

5. **GRUPO SIN RIESGO:** En este grupo se encuentra adolescentes que no endosan ninguno de los tres reactivos críticos ni tiene puntuaciones T superiores a 60.

Las puntuaciones T son puntuaciones estándar para cada subescala e índice del IRIS, calculadas por separado para hombres y mujeres. En las puntuaciones T un valor de T50 representa la media para esa área mientras que una diferencia de 10 respecto de la media indica una desviación estándar; así una puntuación de T60 es una desviación estándar sobre la media y una T30 se ubica dos desviaciones estándar debajo de la media.

Inventario Autodescriptivo del Adolescente (Lucio, Barcelata y Durán; 2006). Este inventario consta de 167 reactivos de opción forzada SI – NO que permite evaluar de manera confiable cinco áreas de la vida del adolescente: (1) Familiar, (2) Social, (3) Personal, (4) Salud y (5) Escolar. Dentro de estas dimensiones se exploran diversos factores o subcategorías que permiten especificar más la ubicación de la problemática.

ÁREA FAMILIAR (FAM). Esta área pretende explorar principalmente la estructura familiar, así como la dinámica, comunicación y formas de interacción del adolescente, con su familia tanto nuclear como extensa. Al interior de la primera básicamente el subsistema fraternal y el filial. Y dentro del segundo las relaciones intergeneracionales. Así mismo, indaga acerca de la salud y la economía de los miembros de la familia, situaciones que se consideren importantes dentro de la dinámica familiar. Dicha escala está conformada por 45 reactivos.

ÁREA DE LA SALUD (SAL). Esta área se refiere a como describe el adolescente su estado general y cómo esto se relaciona con su salud. Lo que permite identificar hábitos, preocupaciones y alteraciones por la salud. Dicha escala está conformada por 33 reactivos.

ÁREA PERSONAL (PER). Esta área se refiere a como se sitúa el adolescente con respecto a sus características personales, imagen corporal y de autoconcepto, así como sus expectativas de sí mismo. Dicha escala está conformada por 28 reactivos.

ÁREA ESCOLAR (ESC). El área escolar tiene como objetivo explorar el desempeño del adolescente en su ámbito escolar incluyendo su relación con maestros y compañeros dentro de este contexto. Así mismo, indaga acerca del tipo de escuela que el adolescente ha asistido a lo largo de su trayectoria escolar. Dicha escala está conformada por 15 reactivos.

ÁREA SOCIAL (SOC). Esta área pretende investigar las pautas de interrelación del adolescente con otras personas fuera de su ambiente familiar y escolar, así como su adaptación en general a su entorno. Dicha escala está conformada por 8 reactivos.

Del total de ítems 134 están dirigidos a identificar variables consideradas como *Riesgo* para el desarrollo ulterior de algún tipo de problemática en la adolescencia, en tanto que ponen en un estado mayor de vulnerabilidad al adolescente. Existen 33 ítems denominados *Descriptivos* porque a través de ellos se puede evaluar algunos aspectos personales de la escuela, de la conformación familiar, forman parte del contexto en el que se encuentran el adolescente, que ayudan a describir, detectar y explicar la relación entre diferentes variables que conforman la vida durante la adolescencia.

Test de Raven (Raven, 1993). Es un test de capacidad intelectual (habilidad mental general) y destinado a medir la capacidad intelectual para comparar formas y razonar por analogía, con independencia de los conocimientos adquiridos. Informa acerca de la capacidad presente del examinado para la actividad intelectual en el sentido de su más alta claridad de pensamiento en condiciones de disponer de tiempo ilimitado.

El test de Raven se divide en cinco series de doce problemas cada una. Cada serie se inicia con un problema cuya solución es lo más evidente posible, y desarrolla un tema haciendo que cada problema haga pie en el anterior y se vuelva más difícil. Este procedimiento le proporciona al examinado cinco oportunidades de familiarizarse con el campo y el método de pensamiento requerido para solucionar los ítems.

Por lo tanto, administrado de la manera normalizada, el test proporciona un programa incorporado de entretenimiento y da un índice de la capacidad para aprender de la experiencia, o

potencial de aprendizaje. La estructuración cíclica también permite evaluar la consistencia de la actividad intelectual de la persona en cinco líneas de pensamiento sucesivas. En cuanto a su extensión, se cuidó que el test fuera lo suficientemente largo como para evaluar la capacidad máxima para la percepción coherente y el juicio ordenado, pero sin agotar ni cansar.

Formato de entrevista para la detección de la ideación suicida. Esta entrevista fue planeada con la intención de indagar en los adolescentes todos aquellos indicadores resilientes que los alejan de la ideación suicida.

La entrevista fue semi-estructurada de forma que el adolescente tuviera la opción de explicar detalladamente su respuesta con respecto a lo que se le ha preguntado, y al mismo tiempo darle al entrevistador la oportunidad de realizar preguntas nuevas que no estaban marcadas en el formato de entrevista, conforme va surgiendo a lo largo de la entrevista.

El formato de entrevista realizado para esta investigación consta de 7 preguntas abiertas, con la intención de explorar las áreas más importantes del adolescente y con las que tiene una constante interacción; dichas áreas son la familiar, la social, la escolar y la personal. Y adicionalmente 3 preguntas de contención dirigidas a indagar un poco más a fondo los indicadores de resiliencia, en caso de que en las primeras 7 preguntas no proporcione la información suficiente o necesaria para explorar dichos indicadores o procesos resilientes, será necesario hacer uso de estas 3 últimas preguntas de contención.

Boleta de calificaciones. La boleta de calificaciones es una forma comúnmente empleada para la evaluación del adolescente, en cuanto a su desempeño escolar. Algunas veces se ha señalado las limitaciones de este procedimiento.

Los alumnos están evaluados en 11 materias escolares, donde cada materia es impartida por un maestro diferente. Las calificaciones van por bimestre y van conforme a su desempeño escolar, dando como resultado una calificación que va desde 0 a 10, donde una calificación de 0 describe un bajo desempeño escolar y 10 un desempeño escolar alto, exigiendo del alumno eficacia para la evaluación del bimestre en el que se encontraban.

4.8 PROCEDIMIENTO.

La intención de esta investigación fue hacer una selección y seguimiento de aquellos adolescentes escolares de una escuela pública ubicada en el sur de la Ciudad de México, que se encontraban estudiando el tercer año de secundaria. Para dicha selección se recurrió a las investigaciones previas, hechas en la misma secundaria donde se realizaron dos grupos de intervención.

Tales grupos fueron dirigidos por el Dr. Quetzalcóatl Hernández y la Dra. Emilia Lucio, encabezando al primer grupo de intervención y el segundo grupo de intervención fue encabezado por la Mtra. Sonia Meave. El primer grupo estaba enfocado a la prevención del suicidio en los adolescentes estudiantes, y al mismo tiempo el segundo grupo de intervención estaba enfocado a la detección de adolescentes estudiantes con malestar asociado a la sexualidad, con la finalidad realizar un grupo de prevención a dicho malestar.

Tomando en cuenta a los alumnos que aceptaron ingresar a ambos grupos preventivos, la presente investigación está enfocada a realizar un seguimiento con los alumnos que no aceptaron ingresar a ninguno de los grupos de intervención, por lo que se recurrió a las bases de datos para hacer un registro de todos los alumnos que completaron cada sesión, dependiendo del grupo al que fueron enviados y una revisión de los instrumentos aplicados con sus respectivos resultados, arrojados por dichos instrumentos aplicados en la secundaria. Una vez detectados aquellos estudiantes intervenidos, se contactó a los alumnos que decidieron no participaron en las intervenciones, pero que presentaban riesgo y que aún se encontraban académicamente activos. Al mismo tiempo se consideró pertinente para esta investigación, el contar con las calificaciones del año escolar que se encontraban cursando en el momento de la investigación.

Una vez detectados aquellos estudiantes que cumplían con el perfil de haber sido evaluados con anterioridad por medio de entrevistas y aplicación de instrumentos, el no haber aceptado ingresar al grupo de intervención y estar aún inscritos a la escuela secundaria permaneciendo académicamente activos. La planeación de las entrevistas y la aplicación de los instrumentos fueron programadas y autorizadas por las autoridades de la secundaria, para facilitar el trabajo con dichos alumnos pertenecientes a la secundaria se les citó a entrevista. Las

entrevistas se realizaron en esta escuela tanto en tiempo como en espacios físicos, dentro del horario escolar.

El primer paso del seguimiento consistió, en identificar a los adolescentes que presentaban ideación suicida por medio de entrevistas individuales, con el propósito de detectar los indicadores resilientes de los adolescentes. Dichas entrevistas se realizaron con 2 personas por cada entrevista (entrevistador y co-entrevistador). El entrevistador era el encargado de dirigir la entrevista y el co-entrevistador fue quien tuvo la tarea de hacer anotaciones, grabar la entrevista y sobre todo dar apoyo al entrevistador en caso de ser necesario; lo que permitió tener más control sobre las entrevistas pero sobre todo, hacer de cada una ellas más objetiva. Para la realización de las entrevistas, con cada uno de los participantes se diseñó previamente una guía de entrevista.

El segundo paso consistió en volver a aplicar, la serie de instrumentos que se aplicó a los alumnos en la primera evaluación que se les hizo. Los instrumentos aplicados para esta seguimiento fueron, el Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA), el Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS) y el Test de Raven; aplicándose de manera colectiva en los salones de clases de la secundaria.

Con estos instrumentos se tuvo una descripción de las diversas dimensiones (familiar, social, escolar, salud y personal) del ambiente de los adolescentes, basándose en su descripción. Así como también se evaluó la presencia de algunos indicadores de riesgo de conductas problemáticas para identificar a los jóvenes que se encuentren en riesgo de suicidio y referirlos a un modelo de intervención psicológica para la prevención y reducción de dicho riesgo y finalmente la evaluación del coeficiente intelectual del adolescente.

Cabe mencionar que todas las entrevistas y las aplicaciones de los instrumentos que se llevaron a cabo dentro de las instalaciones de la secundaria pública ocuparon un tiempo de trabajo de varias sesiones, con una duración de 50 minutos por sesión aproximadamente.

4.9 ANÁLISIS DE DATOS.

Para analizar los resultados de la presente investigación se aplicaron los siguientes procedimientos estadísticos:

- Para el análisis de contenido de las entrevistas se usó el programa Ethnograph. El análisis se hizo por estudio de caso, lo que implica obtener los porcentajes y las frecuencias en una serie de categorías o indicadores, de cada uno de los individuos entrevistados.
- Los indicadores para la detección de la resiliencia, analizados por el Ethnograph fueron:

RESILIENCIA
a) Comunicación con padre y madre.
b) Comunicación con hermanos.
c) Comunicación con familia extensa.
d) Relaciones positivas con maestros.
e) Relaciones positivas con compañeros.
f) Competencia escolar.
g) Actividades positivas extraescolares.
h) Apoyo familiar.
i) No consumir sustancias ilícitas.
j) Apoyo social.
k) Competencia social.
l) Planes a futuro.
m) Relación afectiva positiva.

- Para los resultados dados por los instrumentos Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA) y el Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS); se hizo un análisis de las medias, desviaciones estándar; así como el análisis de la prueba T.
- Para el análisis de los datos obtenidos por el Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA) de cada uno de los participantes, partiendo de las puntuaciones de la muestra general normal, se consideraron los puntos de corte a partir de la primera desviación estándar por lo que los casos que obtuvieran una puntuación cruda mayor, fueron considerados como en riesgo. Cabe mencionar, que las áreas tienen diferente número de reactivos por lo que no las hace equivalentes entre ellas por lo que nos obliga a utilizar puntuaciones crudas por el momento, por la continua actualización del instrumento que se encuentra en investigación.

Capítulo 5

Resultados

5.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA MUESTRA

Los participantes de la secundaria pública estudiada fueron de 7 alumnos con edades de entre 14 y 15 años de edad del tercer año de secundaria. Cada uno de ellos fue entrevistado en una sesión de 50 minutos y a cada uno de ellos se les aplicaron los instrumentos en dos sesiones de aproximadamente una hora de duración (ver tabla 5.1.1).

Tabla 5.1.1 Alumnos con riesgo que fueron entrevistados y a quienes se les aplicaron los instrumentos

ID	Entrevista	IADA	IRIS	Raven
1117	✓	✓	✓	✓
1430	✓	✓	✓	✓
1130	✓	✓	✓	✓
1319	✓	✓	✓	✓
1108	✓	✓	✓	✓
1240	✓	✓	✓	✓
1529	✓	✓	✓	✓

Se analizaron las entrevistas y se calificaron los instrumentos y se detectó a tres estudiantes dentro de la muestra que no presentaron disminución con respecto a la ideación suicida, en comparación con la primera evaluación al haber endosado cualquiera de los tres reactivos críticos y presentar puntuaciones T mayores a 60, en al menos una de las tres subescalas en el Inventario de Riesgo Suicida del Adolescente (IRIS). El resto de los participantes que conformaron la muestra, cuatro estudiantes disminuyeron el riesgo de ideación suicida con respecto a la primera aplicación y evaluación del instrumento (ver tabla 5.1.2).

Tabla 5.1.2 Resultados de la primera y última aplicación del IRIS.

ID	IRIS 2005	IRIS 2007	RESILIENCIA
1117	Prioridad 1 (Alto riesgo)	Sin riesgo	Posible resiliente
1430	Prioridad 2 (Riesgo por intento)	Prioridad 4 (Riesgo bajo)	Posible resiliente
1130	Prioridad 2 (Riesgo por intento)	Sin riesgo	Posible resiliente
1319	Prioridad 2 (Riesgo por intento)	Sin riesgo	Posible resiliente
1108	Prioridad 1 (Alto Riesgo)	Prioridad 1 (Alto Riesgo)	No resiliente
1240	Prioridad 2 (Riesgo por intento)	Prioridad 2 (Riesgo por intento)	No resiliente
1529	Prioridad 2 (Riesgo por intento)	Prioridad 1 (Alto riesgo)	No resiliente

Todos los estudiantes de la muestra mostraron actualmente, tener promedios aprobatorios y por lo que respecta a los resultados del perfil del Raven la mayoría de la muestra obtuvo perfiles de término medio y superior al término medio.

Esto quiere decir que por la puntuación obtenida de cada uno de los estudiantes que contestó el instrumento los sitúa en el rango II, II+ o III, dependiendo de la puntuación obtenida; situándolos dentro de la tabla de diagnóstico del instrumento como *superior en capacidad intelectual al término medio*, donde el sujeto iguala o supera el percentil 75 y lo que correspondiente al rango II+, donde el sujeto iguala o supera el percentil 90. O clasificado *intelectualmente término medio*, donde el puntaje cae entre los percentiles 25 y 75 (ver tabla 5.1.3).

Tabla 5.1.3 Tabla comparativa de la prueba del Raven y promedio escolar.

ID	Promedio Escolar	Percentil	Rango	Diagnóstico de Capacidad
1117	6.54	50	III	Término medio
1430	7.95	75	II	Superior al término medio
1130	7.15	90	II+	Superior al término medio
1319	7.22	90	II+	Superior al término medio
1108	9.19	90	II+	Superior al término medio
1240	9.02	90	II+	Superior al término medio
1529	6.88	50	III	Termino medio

El instrumento IADA, nos dio una descripción detallada de diversas áreas en las que los estudiantes de la muestra están inmersos. La evaluación de estas dimensiones o áreas nos permitió especificar la ubicación de la problemática; los resultados de la muestra reportaron tener problemas en la mayoría de las áreas (ver tabla 5.1.4).

Tabla 5.1.4 Resultados del Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA)

ID	ÁREAS IADA				
	Familiar	Social	Escolar	Personal	Salud
1117	101*	29*	56*	64	91*
1430	72	47*	43*	87*	27
1130	88*	38*	33	56	65*
1319	85*	38*	15	36	14
1108	95*	29*	35	117*	71*
1240	100*	38*	16	82*	22
1529	106*	29*	92*	111*	131*

*En riesgo

Las entrevistas analizadas por el Ethnograph, nos permitieron hacer la detección de ciertos indicadores resilientes presentes en los adolescentes para determinar la posible ausencia o presencia de la resiliencia (ver tabla 5.1.5).

Tabla 5.1.5

Indicadores resilientes	ID						
	1117	1430	1130	1319	1108	1240	1529
Comunicación con padre y/o madre.	✓	✗	✗	✓	✗	✗	✗
Comunicación con hermanos.	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✗
Comunicación con familia extensa.	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✗
Relación positiva con maestros.	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓
Relación positiva con compañeros.	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗
Competencia escolar.	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✗
Actividades positivas extraescolares.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Eficacia para resolver problemas	✓	✗	✗	✓	✓	✗	✗
Apoyo familiar	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✗
No consumir sustancias ilícitas.	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗
Apoyo social.	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓
Competencia social.	✓	✓	✗	✗	✓	✗	✓
Planes a futuro.	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓
Relación afectiva positiva.	✓	✗	✗	✓	✗	✗	✗

Al haber hecho la detección de la resiliencia mediante el Ethnograph, los chicos que tienen mayores posibilidades de ser resilientes presentan con gran mayoría los indicadores resilientes mencionados anteriormente, teniendo la mayoría de las veces la capacidad de modificar los efectos negativos de ciertos sucesos estresantes. De lo contrario, los aleja de una posible resiliencia asociándolos a una alta vulnerabilidad al riesgo suicida.

5.2 PERFILES PSICOMÉTRICOS DE LA MUESTRA.

A partir de la información recabada por los instrumentos y las entrevistas, se describirán a continuación tanto los casos que reportaron no tener riesgo ante la ideación suicida; como los que presentan riesgo de ideación suicida.

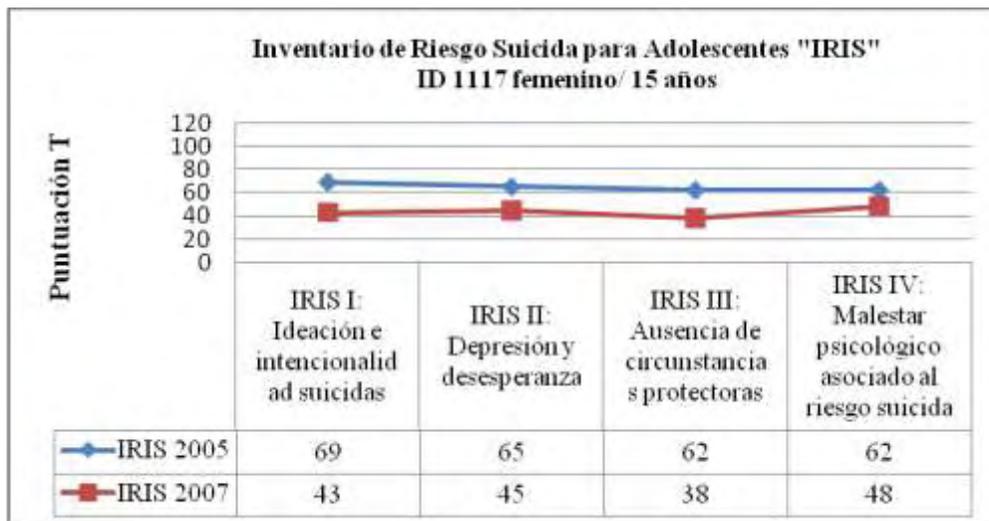
5.3 PERFILES PSICOMÉTRICOS DE LOS ADOLESCENTES RESILIENTES.

Participante 1: ID 1117

Inventario de Riesgo Suicida del Adolescente (IRIS). La adolescente presenta una disminución importante ante la ideación suicida, esto quiere decir que obtuvo un puntaje T menor a 60 en todas las subescalas y al mismo tiempo por no haber endosado ninguno de los tres reactivos críticos (ver figura1).

La participante reportó durante la entrevista, no haber tenido ninguna intención o haber pensado en quitarse la vida a pesar de los graves problemas familiares y escolares que ha tenido a lo largo de estos últimos años, con respecto a la primera evaluación. El bajo puntaje en la tercera subescala habla de sentirse menos triste y con más energía, funcionando como un amortiguador para dejar de presentar ideas suicidas.

Figura 1

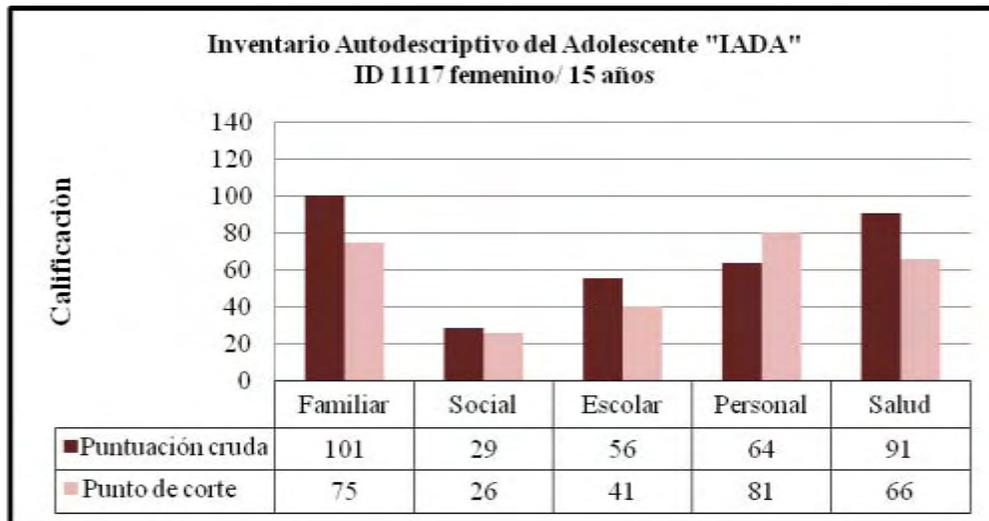


<i>Reactivos críticos del IRIS:</i>	<i>IRIS 2005</i>	<i>IRIS 2007</i>
He pensado en suicidarme	<i>Algunas veces</i>	<i>No nunca</i>
He planeado mi propia muerte	<i>Casi siempre</i>	<i>No nunca</i>
He intentado quitarme la vida	<i>Una vez</i>	<i>No nunca</i>
Prioridad	<i>1: Alto riesgo</i>	<i>0: Sin riesgo</i>

Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA). El punto de corte para la identificación del caso dentro del instrumento IADA, describe estar expuesto a diversas problemáticas dentro de las diferentes áreas de la vida de la adolescente. Esto indica que el riesgo se encuentra principalmente en la subescala familiar debido al elevado puntaje (ver figura 2).

La adolescente reportó tener principalmente constantes problemas con el padre y con la hermana mayor aunque reporta abandono por parte del padre al salir del seno familiar, sin embargo la chica sigue en contacto con él aunque la comunicación es deficiente entre ellos. También hay constantes problemas entre sus padres, a pesar de haber abandonado el hogar, haciendo las relaciones familiares tensas entre los miembros de la familia. Por lo que respecta a su salud se caracteriza por tener malestares físicos y problemas alimenticios. Reporta tener sentimientos de inseguridad, vulnerabilidad emocional y susceptibilidad social. El ámbito escolar de la chica se ve deteriorado por un rendimiento inadecuado y dificultades en el aprendizaje. A pesar de los problemas que pudieran estar afectando otras áreas, el área social es un área que se ve beneficiada por las relaciones satisfactorias que tiene con sus pares y amigos, mejorando las relaciones interpersonales.

Figura 2



Raven. Diversas investigaciones reportan que el coeficiente intelectual, es un factor importante que interactúa entre los sucesos de vida estresantes y la posibilidad de una adaptación positiva ante estos eventos, que pudieran estar afectando las diversas áreas del sujeto. Para la medición de la capacidad intelectual (CI) de esta chica se empleó la prueba de Raven específicamente la escala general, obteniendo la chica como resultado un puntaje equivalente al percentil 50 situándola en la tabla de diagnóstico como *término medio*.

El resultado de este instrumento nos podría estar indicando que la adolescente tiene cierta facilidad para adaptarse positivamente a pesar de ciertas circunstancias adversas; pero debido a los problemas emocionales y motivacionales de la adolescente, pudieran estar afectando fuertemente su vida. El promedio escolar bajo (6.54) pudiera estar más relacionado con la baja motivación escolar, rechazo al sistema o conflictos con sus compañeros de clase que a su capacidad.

Entrevista. La entrevista analizada por el Ethnograph, mostró la existencia de ciertos indicadores resilientes. La adolescente reportó tener problemas familiares por los constantes problemas dentro del núcleo familiar como lo son los constantes pleitos entre sus padres, la falta de comunicación, la desaprobación por parte de su padre y el abuso de sustancias tanto del padre como de la hermana. Asimismo, reportó tener constantes agresiones y violencia dentro de la

escuela por parte de sus compañeros (compañeros de otros grupos), así como también mostró tener problemas con la impulsividad y cierto grado de desesperanza que la mantiene con poca motivación, sobre todo en aspectos familiares.

A pesar de toda la problemática que experimenta, la adolescente mostró tener durante la entrevista varios indicadores resilientes que le permiten modificar los efectos negativos de todas esas circunstancias adversas que está enfrentando, pudiéndola llevar a situaciones y conductas de riesgo. Sin embargo, ante todos estos sucesos de vida estresantes, ella ha mostrado una adaptación positiva ante estas circunstancias de estrés, dolor y adversidad.

Los indicadores resilientes la llevaron a una adaptación positiva, como lo son la buena comunicación tanto de la mamá como de la familia extensa (primo), brindándole apoyo en las actividades que ella realiza y dándole pie a realizar planes a futuro, eficacia para resolver problemas que la mantienen alejada de conductas de riesgo como el consumo de sustancias ilícitas, abandono escolar, pero sobre todo manteniéndola alejada de la ideación suicida. Las relaciones positivas tanto con sus compañeras de grupo y con los maestros nos indica una competencia social-escolar alta, manteniéndola con niveles óptimos de superación académica y con planes de seguir estudiando terminando la secundaria, y evitando la deserción académica. Las relaciones interpersonales, bien es sabido, son un factor importantísimo en la vida del adolescente. Esta chica ha reportado tener mucha comunicación y apoyo por parte de algunos de sus pares, amigos y de su novio, llevándola a tener competencias sociales adecuadas.

Los resultados en las distintas evaluaciones durante la entrevista e instrumentos, sugieren entonces, que la chica es resiliente ante el riesgo suicida.

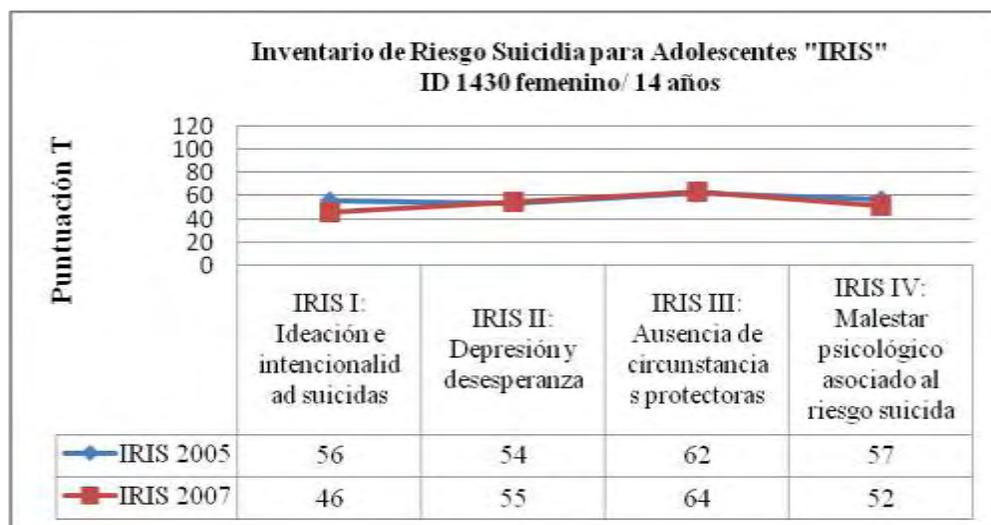
Participante 2: ID 1430

Inventario de Riesgo Suicida del Adolescente (IRIS). La adolescente ha mostrado tener una disminución ante el riesgo de la ideación suicida, obteniendo una T menor a 60 en la primera, segunda y cuarta subescala. Sin embargo, la chica presenta una T mayor a 60 en la tercer

subescala donde hay ausencia de circunstancias protectoras, y posiblemente con sentimientos de tristeza y con poca energía ante ciertos sucesos que le pudieran estar estresando (ver figura 3).

La chica reportó durante la entrevista que estos sucesos (el enojo de la adolescente ocasionado por ambos padres y los regaños de la mamá por culpa de su papá) la han llevado a reacciones impulsivas (azotar la cabeza contra la pared), para de esa forma ocasionarse daño y así quitarse la vida. Aunque comentó y se detectó por el Ethnograph durante la entrevista, que a pesar de haber pensado en quitarse la vida auto-lesionándose tiene una gran motivación para superar esa ideación y seguir adelante.

Figura 3.



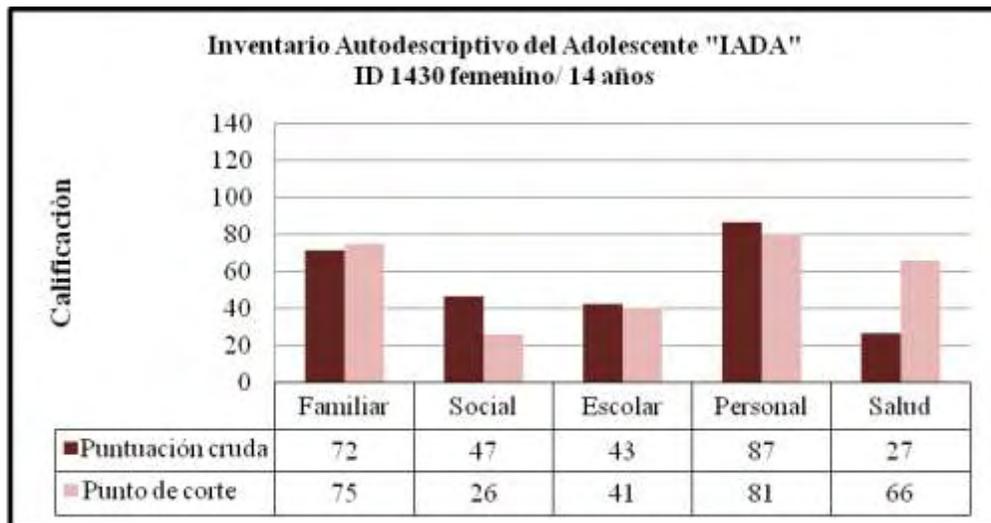
Reactivos críticos del IRIS:	IRIS 2005	IRIS 2007
He pensado en suicidarme	<i>No, nunca</i>	<i>No, nunca</i>
He planeado mi propia muerte	<i>No, nunca</i>	<i>No, nunca</i>
He intentado quitarme la vida	<i>Una vez</i>	<i>No, nunca</i>
Prioridad	<i>2: Riesgo por intento</i>	<i>4: Riesgo Bajo</i>

Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA). El punto de corte para la evaluación de esta adolescente, nos indica que está expuesta a diversas problemáticas, principalmente dentro de las áreas social, escolar y personal. Siendo estas áreas consideradas como en riesgo por el alto puntaje que presentan (ver figura 4).

La adolescente mostró tener problemas, en el área personal principalmente mostrándose con sentimientos de inseguridad, una alta susceptibilidad emocional social, habiendo también una vulnerabilidad emocional y desorganización. Por lo que respecta a la problemática en el área familiar hay presencia de dificultades con los hermanos llegando a violencia física y verbal; hay imposiciones del padre con respecto a las decisiones y las reglas dentro de la familia ocasionando relaciones familiares indiferentes y frías.

La chica muestra tener algunas dificultades en el área social, específicamente al relacionarse con amigos, y dentro del área escolar hay dificultades de aprendizaje (distracciones, falta de comprensión, aburrimiento) ocasionando malos hábitos de estudio y por consiguiente bajas calificaciones. La ausencia de adicciones y la baja vulnerabilidad al consumo de sustancias mantienen el área de la salud sin riesgo.

Figura 4



Raven. Este instrumento ayudó a la medición del CI de esta chica, obteniendo como resultado un puntaje equivalente al percentil 75, situándola en la tabla de diagnóstico *superior al término medio*.

El resultado de este instrumento nos indica que la chica tiene un nivel alto de competencia en ciertas áreas, pudiendo de esta forma ajustarse y adaptarse ante ciertas

situaciones de estrés. Las bajas calificaciones pudieran estar más relacionadas con el aburrimiento, las distracciones en salón de clases por falta de interés en el trabajo escolar, la falta de apoyo de los maestros, malos hábitos de estudio; dando como resultado un promedio escolar bajo (7.95), como ya se ha descrito en el instrumento IADA y no por una falta de capacidades de la adolescente.

Entrevista. Durante la entrevista analizada por el Ethnograph, la adolescente reportó tener problemas principalmente, dentro del núcleo familiar. Ocasionando problemas de comunicación entre padres-hijo, peleas constantes con su hermano y el abuso de sustancias (alcohol) de su papá poniéndolo agresivo. También reportó no tener apoyo por parte de los maestros, competencia escolar baja, aislamiento social, una autoimagen y una autoestima baja.

A pesar de las diversas problemáticas que enfrenta, la chica muestra indicadores resilientes que la han llevado a disminuir el riesgo de ideación suicida. La buena comunicación y la buena relación tanto con su hermana como con la familia extensa (primos y tíos), la buena relación de sus compañeros dentro de la escuela como fuera de ella, la ausencia de consumo de sustancias ilícitas a pesar del abuso de sustancias del padre, las actividades extraescolares tales como salir al cine, a parques de diversiones, etc.; han funcionado como factores que protegen y disminuyen la ideación suicida, fomentando en cierto grado la resiliencia de la adolescente.

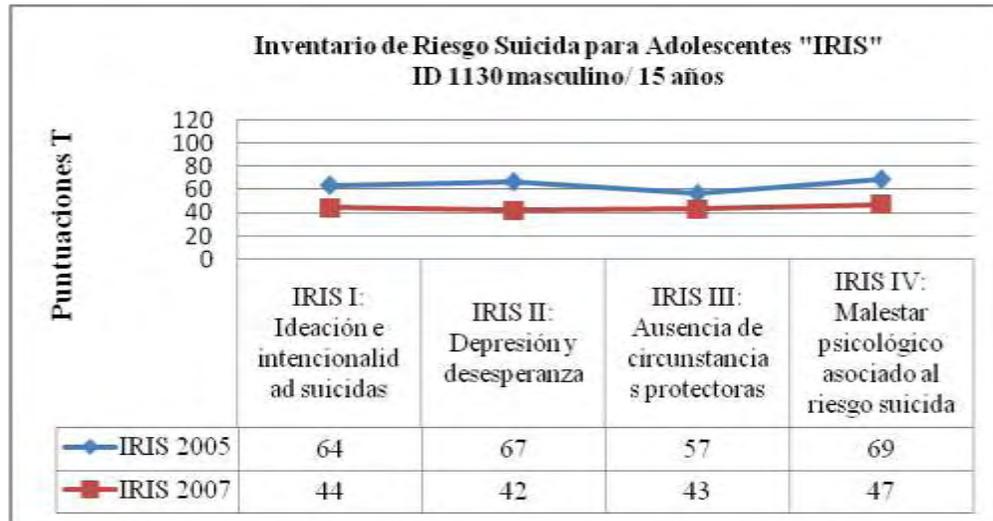
Participante 3: ID 1130

Inventario de Riesgo Suicida del Adolescente (IRIS). El adolescente mostró tener una disminución importante ante la ideación suicida, obteniendo una T menor a 60 en las cuatro subescalas del inventario, así como también, el no haber endosado ninguno de los reactivos críticos (ver figura 5).

El puntaje más alto dentro del inventario nos indica que el adolescente pudiera tener dificultades en sus relaciones interpersonales al reportar constantes peleas y diferencias, tanto dentro como fuera de la escuela, así como también la necesidad de ser escuchado y comprendido

por el medio que lo rodea. Sin embargo, el participante reportó no haber tenido ninguna intención o ideación de querer quitarse la vida a pesar de los diversos problemas que enfrenta, principalmente en el área familiar, escolar entre otros; con respecto a la primera evaluación.

Figura 5



Reactivos críticos del IRIS:	IRIS 2005	IRIS 2007
He pensado en suicidarme	<i>Todo el tiempo</i>	<i>No nunca</i>
He planeado mi propia muerte	<i>Todo el tiempo</i>	<i>No nunca</i>
He intentado quitarme la vida	<i>Una vez</i>	<i>No nunca</i>
Prioridad	<i>2: Riesgo por intento</i>	<i>0: Sin riesgo</i>

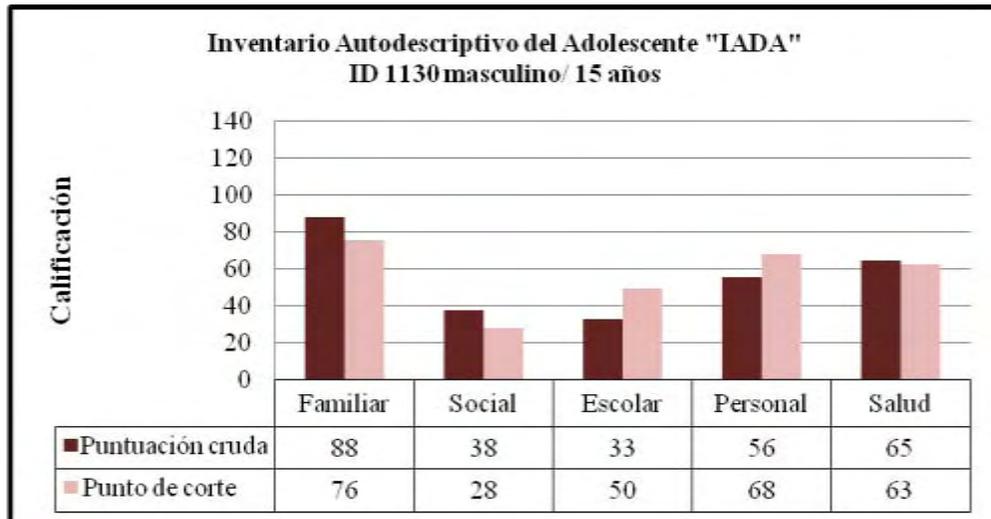
Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA). El punto de corte en el caso de este adolescente, nos indica específicamente la ubicación de la problemática dentro de las áreas familiar, social y de salud principalmente (ver figura 6).

El adolescente reporta tener problemas dentro de su ambiente familiar, sintiéndose poco adaptado, aislado y con muy poca comunicación con su mamá; haciendo de las relaciones familiares indiferentes y frías. Cabe mencionar que el adolescente reportó abandono del padre. Con lo que respecta a sus relaciones sociales, el adolescente las percibe sumamente estresantes sintiéndose abandonado, con dificultades tanto para relacionarse como para crear nuevas amistades, llevándolo al aislamiento social. Otra área que se ve afectada debido a la elevación de

la subescala, es el área de la salud reportando altas probabilidades en el consumo del alcohol, del tabaco y de sustancias ilícitas.

A pesar de la fuerte desadaptación escolar y falta de interés que el chico reporta en el área escolar; sin embargo con el fuerte empeño escolar al ir subiendo sus calificaciones ha mantenido una adecuación escolar, alejándolo de la deserción escolar y al mismo tiempo brindándole un autoconcepto positivo elevado, sin sentimientos de inseguridad; aumentando su eficacia al realizar cualquier tarea o trabajo y así como también realizar planes a futuros estables (estudiar una carrera universitaria).

Figura 6



Raven. Para la medición del CI de este chico, se empleó la escala general del test de Raven; dando como resultado un puntaje equivalente al percentil 90 y situándolo al mismo tiempo en la tabla de diagnóstico como *superior al término medio*.

Los resultados nos indican que a pesar de las bajas calificaciones y el promedio escolar bajo (7.15) el cual ha ido aumentando conforme ha avanzado el año escolar. El adolescente mantiene en general un nivel adecuado de competencia, al no tener problemas con sus maestros y al aprobar las materias que ha reprobado a pesar de los eventos estresantes que el chico enfrenta;

motivándolo a la superación escolar y evitando de esta forma la ideación suicida que con anterioridad si presentaba pero que actualmente ya no lo hace.

Sin embargo, como bien se ha mencionado en el instrumento IADA las bajas calificaciones y el promedio escolar bajo, se pudieran estar relacionados no a la falta de capacidades, habilidades o aptitudes sino mas bien a la falta de integración a la escuela y mala conducta; ocasionando en el chico una falta de motivación y poco interés por el trabajo escolar.

Es importante aclarar que dicha contradicción entre los perfiles psicológicos (IADA y Raven) de este adolescente con lo que respecta al área escolar, es la percepción que él tiene al considerar que hay una fuerte desadaptación escolar y otra es su desempeño escolar al ir aprobando materias reprobadas.

Entrevista. El análisis de la entrevista por el Ethnograph muestra que a pesar de ciertos factores de riesgo, los indicadores resilientes que muestra el chico han contribuido a modificar conductas de riesgo. El adolescente reportó durante la entrevista, una pobre comunicación tanto con su mamá como con su hermana debido a la diferencia del horario laboral que tiene la mamá con respecto al horario escolar del chico, además de que su hermana ya no se encuentra viviendo con ellos. Cabe mencionar que el adolescente reportó el abandono del padre desde que tenía 5 años y desde entonces no ha sabido nada de él.

Asimismo reportó, presentar agresión y violencia con compañeros de otros salones de clase; así como también reportó tener problemas con violencia y competencia social baja llevándolo al aislamiento social, incluyendo el consumo y abuso de sustancias. También presenta cierto grado de desesperanza que lo mantiene desmotivado sobre todo en aspectos familiares y sociales.

A pesar de las diversas circunstancias adversas que enfrenta, el adolescente mostró tener indicadores resilientes que lo llevan y le permiten, tanto reducir como modificar el riesgo de los efectos negativos de dichos sucesos estresantes llevándolo a una adaptación positiva.

Los indicadores resilientes detectados dentro de la entrevista del adolescente fueron la buena comunicación con la familia extensa, esto quiere decir que el chico mantiene una relación satisfactoria con dos de sus primos; de los cuales recibe de ellos apoyo, comprensión y cuidados en diversas actividades que realizan juntos. Al mismo tiempo el apoyo y la comunicación que tiene con una amiga, lo mantienen alejado de la ideación suicida.

Las relaciones positivas con algunos de los maestros y compañeros de clase, índice de una alta competencia escolar y social aumentan en él la superación académica (subir calificaciones y aprobar materias reprobadas) y llevándolo a tener metas, esperanzas y planes con sentido de propósito para continuar con estudios de licenciatura y evitando la deserción escolar. Las actividades extraescolares en las que se ve envuelto el adolescente (jugar fútbol, escuchar música y el convivio con sus primos y amiga), han ayudado a fomentar la resiliencia en el chico.

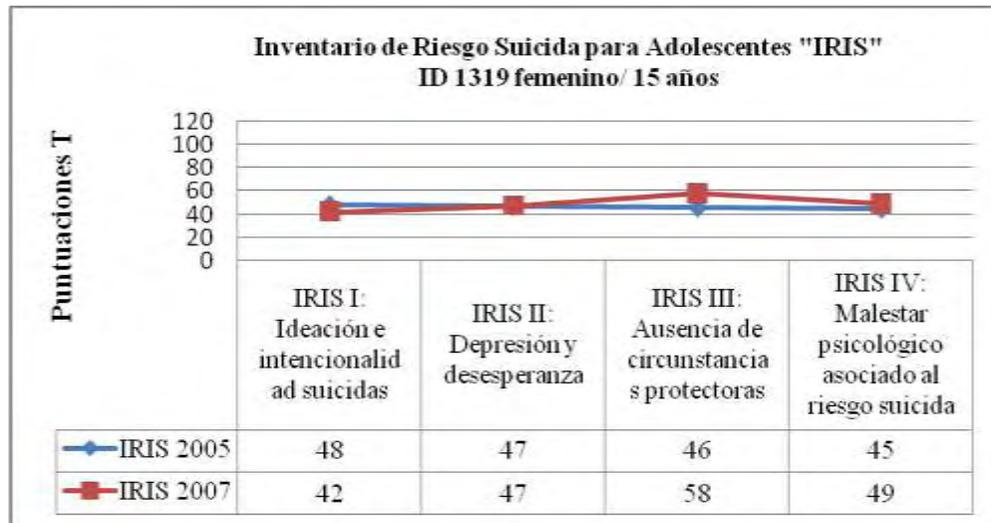
Los resultados en las distintas evaluaciones, tanto en la entrevista como en los instrumentos sugieren entonces que el adolescente es resiliente ante el riesgo suicida.

Participante 4: ID 1319

Inventario de Riesgo Suicida del Adolescente (IRIS). La adolescente presenta una disminución significativa ante la ideación suicida, obteniendo una puntuación T menor a 60 en las 4 subescalas del inventario y al mismo tiempo al no haber endosado ninguno de los tres reactivos críticos (ver figura 7).

La chica reportó durante la entrevista, ya no pensar en quitarse la vida a partir de la primera evaluación que se le hizo (cortarse las venas con un pedazo de vidrio), a pesar de las diversas problemáticas que ha enfrentado a lo largo de estos últimos años, especialmente en el ambiente familiar. A pesar de encontrarse fuera del riesgo de presentar ideación suicida, la tercer subescala se encuentra elevada acercándose al puntaje T 60; indicando un medio familiar poco protector.

Figura 7



<i>Reactivos críticos del IRIS:</i>	<i>IRIS 2005</i>	<i>IRIS 2007</i>
He pensado en suicidarme	<i>No, nunca</i>	<i>No, nunca</i>
He planeado mi propia muerte	<i>No, nunca</i>	<i>No, nunca</i>
He intentado quitarme la vida	<i>Una vez</i>	<i>No, nunca</i>
Prioridad	<i>2: Riesgo por intento</i>	<i>0: Sin riesgo</i>

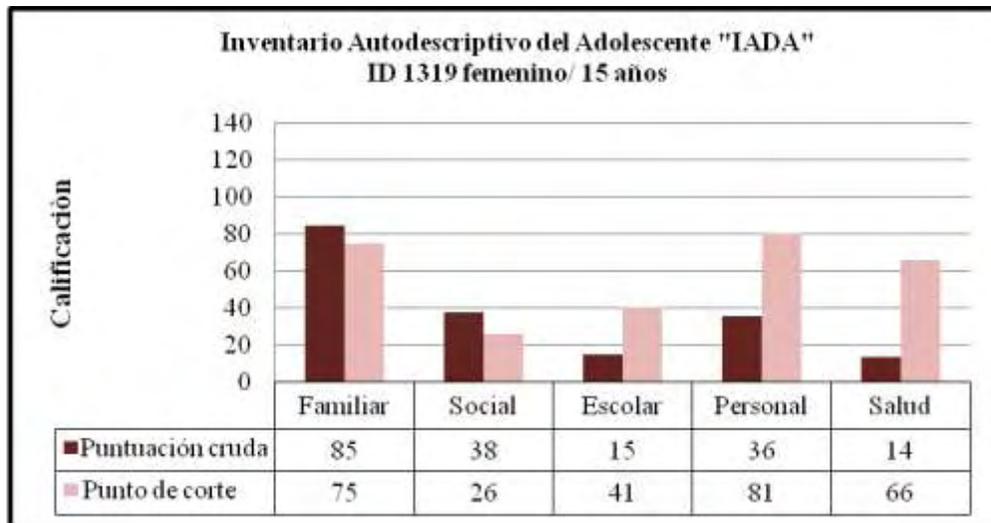
Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA). El punto de corte para la evaluación de esta adolescente, describe la exposición a problemas dentro de diversas áreas en las que la adolescente se encuentra. Esto indica que el riesgo se encuentra principalmente en el área familiar y en área social, debido al alto puntaje de las subescalas del IADA (ver figura 8).

La chica reportó tener constantes problemas en el ambiente familiar reportando incomodidad, desadaptación y con poco acercamiento a los miembros de su familia (principalmente con el papá); haciendo de las relaciones familiares frías, con poco apoyo y con una comunicación deficiente. La relación existente entre sus padres es de tensiones, de violencia (gritos e insultos) y constantes pleitos, ocasionando inestabilidad en el ambiente familiar; llevándola al asilamiento con los miembros de la familia.

Ante problemas que están afectando las áreas antes descritas; la chica dice tener satisfacciones escolares (llevarse bien con compañeros y maestros), obteniendo un rendimiento

óptimo en el ámbito escolar. Al mismo tiempo la chica reporta sentirse segura, con metas claras y organizadas y con un autoconcepto positivo. Su salud aparentemente es estable sin reportar consumo de sustancias (alcohol, drogas o tabaco), excepto por malestares físicos como problemas estomacales y falta de apetito; pero que en realidad no ponen en riesgo su salud.

Figura 8



Raven. La medición del CI de esta chica se empleó el instrumento de Matrices Progresivas, obteniendo la adolescente como resultado un puntaje equivalente al percentil 90 situándola en la tabla de diagnóstico como *superior al término medio*.

Los resultados nos indican que al haber obtenido un CI superior al término medio, nos pudiera estar hablando de que la chica posee un buen ajuste y adaptación ante ciertas situaciones de riesgo o eventos estresantes. El bajo rendimiento y promedio escolar (7.22) se está viendo afectado por la falta de un espacio para estudiar en su casa por los constantes conflictos familiares que le obligan a esforzarse para tratar de comprender los problemas que surgen en su ambiente familiar, quitándole motivación y haciendo que su rendimiento escolar sea deficiente.

Cabe mencionar que la chica reportó, que desde los últimos meses antes de realizar las evaluaciones de la presente investigación, hubo un aumento significativo de motivación por

elegir su rendimiento escolar; subiendo satisfactoriamente sus calificaciones así como también su promedio escolar obtenido por el fuerte apoyo de sus maestros.

Entrevista. La entrevista analizada por el Ethnograph, mostró la existencia de ciertos indicadores de riesgo, así como también en su mayoría indicadores resilientes. Durante la entrevista la chica reportó tener problemas familiares muy fuertes, especialmente con el papá, problemas con la comunicación entre los integrantes de su familia y violencia intrafamiliar. Asimismo, reportó tener problemas con algunas de sus compañeras de la escuela (compañeras de otros grupos), así como también mostró tener problemas con la impulsividad que la mantienen con poca motivación, sobre todo en aspectos familiares.

A pesar de la fuerte problemática que enfrenta la chica en su ambiente familiar y al parecer, la desencadenante de las diversas problemáticas en los diversos ambientes de la adolescente; ha mostrado tener durante la entrevista varios indicadores de resiliencia que le han permitido reducir conductas de riesgo, así como también modificar los efectos negativos de las circunstancias adversas que ha enfrentado.

Los indicadores resilientes que mostró durante la entrevista fueron la comunicación con la madre y el hermano, brindándole apoyo en las decisiones y actividades que la adolescente ha ido tomando. Al mismo tiempo la chica reportó tener un lazo afectivo positivo con su pareja, que le ha permitido enormemente comunicar sus sentimientos y problemas tanto en el ámbito escolar, social y familiar. La comunicación y el apoyo que la chica ha percibido como positivos le han permitido reflexionar, tomar decisiones positivas y resolver eficazmente sus problemas, manteniéndola lejos de conductas de riesgo como el consumo de sustancias ilícitas, abandono escolar, pero sobre todo alejada de la ideación suicida.

Las buenas relaciones que mantiene la chica dentro de su escuela (compañeras de grupo y maestros), le han permitido sentirse más comprometida y conectada a la escuela aumentando su competencia escolar y su motivación para continuar con estudios posteriores (realizar una carrera universitaria). La percepción de tener amistades positivas le han permitido mantener una buena

comunicación y mucho apoyo por parte de sus pares disminuyendo el riesgo de la ideación suicida mostrando niveles altos de resiliencia.

Los resultados en las distintas evaluaciones tanto en la entrevista como en los instrumentos, sugieren entonces que la adolescente es resiliente ante el riesgo suicida.

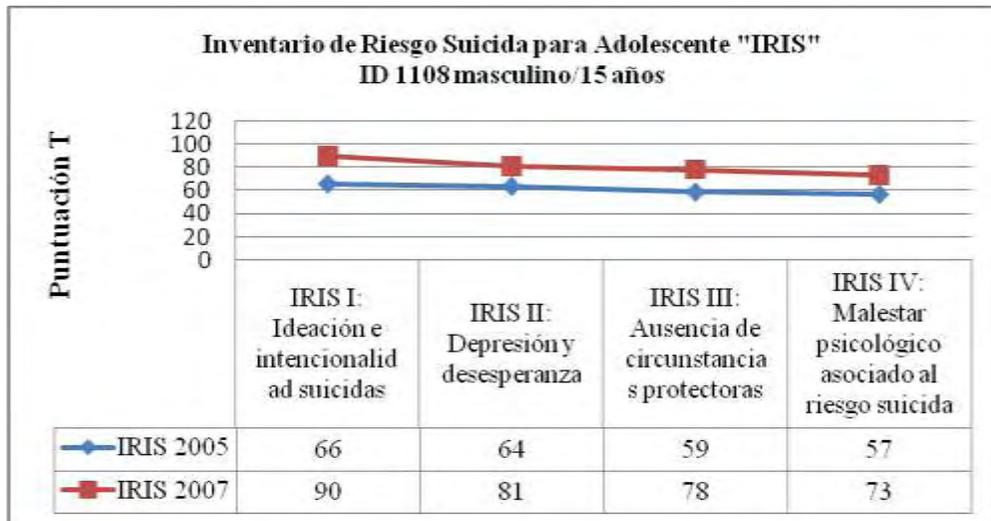
5.4 PERFILES PSICOMÉTRICOS DE LOS ADOLESCENTES EN RIESGO.

Participante 5: ID 1108

Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS). El adolescente no presenta una disminución importante ante la ideación suicida, obteniendo una puntuación T mayor a 60 en las cuatro subescalas y al mismo tiempo endosando los tres reactivos críticos, situándolo dentro de la prioridad 1 del instrumento IRIS (ver figura 9).

El chico reportó tener planes e ideas de querer quitarse la vida corroborándose por el puntaje alto en la primer subescala, a causa de toda la problemática que el adolescente ha tenido en estos últimos años, con respecto a la primera evaluación. De igual manera tanto en la segunda como en la tercer subescala el chico reportó sentirse deprimido, con sentimientos de desesperanza, poca motivación y energía por las expectativas negativas ante situaciones adversas, llevándolo a la desesperación y a la falta de intención de vivir. En cuanto al índice de malestar asociado al riesgo suicida, manifiesta dificultades para mantener relaciones interpersonales positivas, impaciencia y una extrema necesidad de desahogarse y comunicar sus problemas.

Figura 9



Reactivos críticos del IRIS:	IRIS 2005	IRIS 2007
He pensado en suicidarme	<i>No, nunca</i>	<i>Todo este tiempo</i>
He planeado mi propia muerte	<i>Casi siempre</i>	<i>Todo este tiempo</i>
He intentado quitarme la vida	<i>Dos veces</i>	<i>Todo este tiempo</i>
Prioridad	<i>1: Alto riesgo</i>	<i>1: Alto riesgo</i>

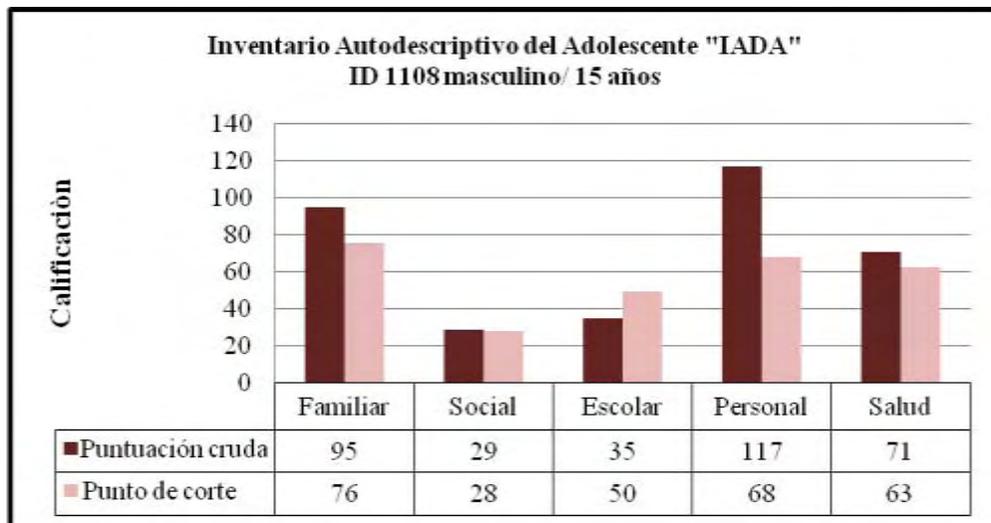
Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA). El punto de corte para la identificación de este caso, describe estar expuesto a varias problemáticas en las diferentes áreas de la vida del adolescente. Esto indica que la única área que no está describiendo como afectada, es el área escolar (ver figura 10).

El chico reportó tener graves problemas, reportando fuertes sentimientos de inseguridad al percibirse como torpe, inferior, inmaduro manteniendo una autoestima baja. También reporta tener una susceptibilidad social alta, con metas confusas, y con autoconcepto negativo. Con lo que respecta al ámbito familiar, el chico describe vivir en un ambiente familiar extremadamente estresante, con escasa comunicación, comprensión y apoyo entre los miembros de su familia, haciendo de las relaciones familiares indiferentes, tensas y frías; además de aislarlo de toda su familia. Su salud la describe diciendo que tiene alteraciones de sueño (insomnio y problemas para

dormir), problemas emocionales y falta de tiempo para relajarse; también falta de apetito ocasionando malos hábitos alimenticios y consumo ocasional tanto del tabaco como del alcohol.

En el ámbito social sus relaciones sociales generalmente son escasas, haciendo que se sienta abandonado por sus amigos y con la percepción de no poder compartir ciertas experiencias e intereses dando como resultado el aislamiento social. Aparentemente el área escolar es la que no se está viendo afectada, quizá por el gran interés del adolescente por la escuela, sintiéndose comprometido y conectado, aumentando satisfacciones escolares y originando un rendimiento adecuado en el chico. La escuela al parecer es el único factor protector que está amortiguando algunas conductas de riesgo que están evitando el intento de suicidio, más no alejándolo de la ideación suicida.

Figura 10



Raven. El resultado del instrumento aplicado para la medición del CI de este chico, fue de un puntaje equivalente al percentil 90 y situándolo dentro de la tabla de diagnóstico como *superior al término medio*.

El resultado del instrumento junto con el promedio escolar alto (9.19) del chico nos indica, que podría estar funcionando como factor protector que modifica los efectos negativos de las circunstancias estresantes creando un nivel alto de competencia, y dando lugar a una

adaptación positiva en el ámbito escolar ante dichos eventos que el chico afronta. Es importante mencionar que el adolescente se encontraba repitiendo el primer año de secundaria por haber abandonado dos años de secundaria, debido a problemas importantes de salud tanto personales como familiares. A pesar del alto promedio que presenta el adolescente los problemas de salud, social, personal y principalmente familiar como bien se ha mencionado en el IADA; debilitan su fortaleza psicológica alejándolo de tener un buen ajuste y adaptación, ante las situaciones de riesgo presentando ideación suicida. El CI le ayuda a ser competente en el área escolar pero el riesgo suicida ha aumentado.

Entrevista. El análisis de la entrevista por el Ethnograph nos indica escasos indicadores resilientes presentes en este chico. El adolescente reportó durante la entrevista graves problemas familiares como son los problemas de salud de sus papás, así como el abuso de sustancias ilícitas de un miembro de su familia (hermano) y fuertes conflictos y mala comunicación especialmente con sus hermanos. De igual manera mencionó tener problemas con sus compañeros de escuela, ausentismo escolar (problemas de salud), y problemas con la violencia y agresiones por parte de sus compañeros siendo él, el receptor de dichas agresiones ocasionando competencia escolar baja. Así como también, mostró tener muy baja autoestima, expectativas negativas al realizar una tarea, impulsividad, desesperanza, una autoimagen negativa, problemas de salud dando como resultado una competencia social baja.

El chico también mostró durante la entrevista escasos indicadores resilientes, como el apoyo por parte de sus papás en ciertas decisiones que toma el adolescente, brindar apoyo a sus papás en situaciones adversas (económicos y de salud principalmente), la realización de actividades extraescolares positivas y planes a futuro (realizar carrera universitaria). Aunque el chico presentó escasos indicadores resilientes, al parecer no tuvieron mucho peso para disminuir el riesgo. Los problemas de salud tanto personales como de su familia y los graves problemas de comunicación y convivencia, han aumentado el grado de estrés en el chico contribuyendo a que caiga en conductas de riesgo amenazando su integridad física y psicológica generando sentimientos de vulnerabilidad y motivación para la planeación y la ideación suicida.

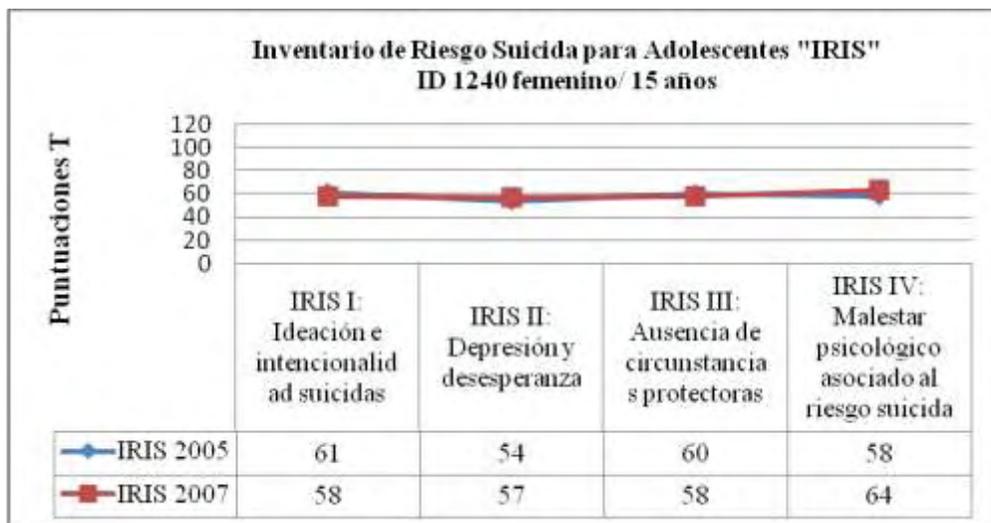
Los resultados en las distintas evaluaciones tanto en la entrevista como en los instrumentos, sugieren entonces que el adolescente tiene riesgo suicida, por lo que se le contactó, se le sugirió y se le brindó ayuda psicológica con el propósito de disminuir dicho riesgo.

Participante 6: ID 1240

Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS). La adolescente al parecer no presenta una disminución significativa ante el intento y la ideación suicida, esto quiere decir que obtuvo un puntaje T mayor a 60 en la tercera subescala y al mismo tiempo endosó los tres reactivos críticos, ubicándola en la prioridad 2 del instrumento IRIS (ver figura 11).

La chica presentó dificultades con la impulsividad, la impaciencia y con la necesidad de comunicarse, desahogarse y de ser escuchada por los constantes problemas que afronta orillándola a haber presentado conductas de autolesión con la intención de en algún grado quitarse la vida y la continua idea del suicidio. Cabe mencionar que con anterioridad la adolescente ya había presentado dichas conductas de riesgo, tales como el intento y la ideación suicida.

Figura 11



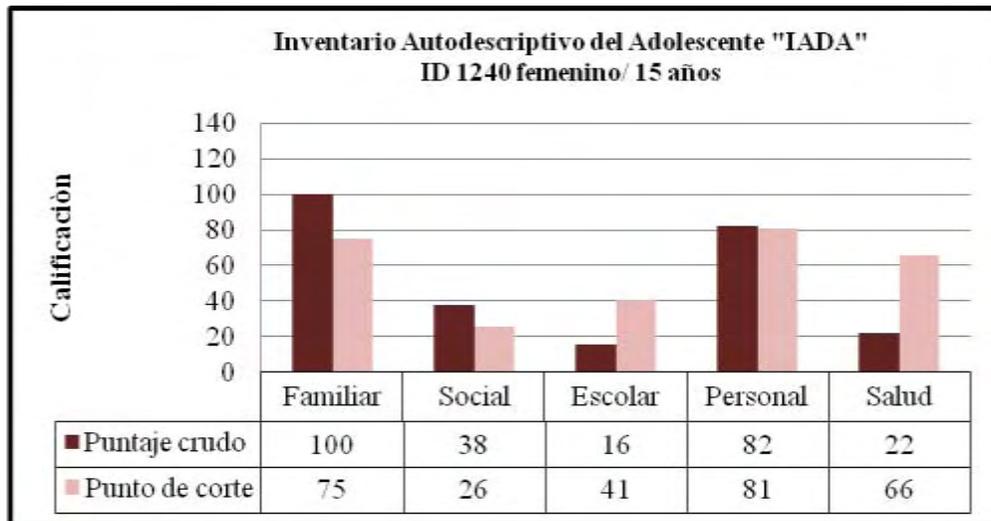
<i>Reactivos críticos del IRIS:</i>	<i>IRIS 2005</i>	<i>IRIS 2007</i>
He pensado en suicidarme	<i>Algunas veces</i>	<i>Algunas veces</i>
He planeado mi propia muerte	<i>Algunas veces</i>	<i>Rara vez</i>
He intentado quitarme la vida	<i>Dos veces</i>	<i>Una Vez</i>
Prioridad	<i>2: Riesgo por intento</i>	<i>2: Riesgo por intento</i>

Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA). El punto de corte para identificar la problemática de esta chica dentro del instrumento IADA, describiendo estar expuesta a problemas principalmente en la subescala familiar, social y personal debido al elevado puntaje que esta adolescente presenta (ver figura 12).

Los problemas de esta chica se encuentran principalmente en el área familiar, viviendo en un ambiente familiar de mucho estrés, con poca adaptación y mala comunicación entre los miembros de su familia. Hay constantes problemas familiares entre los miembros de su familia (papá y mamá), haciendo de las relaciones familiares tensas y estresantes para la adolescente. Por lo que respecta a sus relaciones interpersonales las encuentra poco satisfactorias teniendo poca adaptación y aislándola de sus compañeros y amigos; reporta tener susceptibilidad emocional, metas a corto plazo algo confusas, con cierto grado de vulnerabilidad emocional, un alto grado de desorganización y un autoconcepto negativo.

Las áreas escolar y de salud, son las únicas que no se encuentran en riesgo mostrando satisfacción escolar, rendimiento escolar adecuado, sin problemas en los patrones en el consumo de sustancias (alcohol, tabaco, drogas) y aumentando la ausencia de alguna adicción, sin malestares físicos y hábitos saldables.

Figura 12



Raven. Para la medición del CI se utilizó la prueba de Raven, obteniendo como resultado un puntaje equivalente al percentil 90, situándola dentro de la tabla de diagnóstico como *superior al término medio*.

El CI alto de esta chica y las altas calificaciones (9.02), pudieran estar indicando un nivel alto competencia a pesar de los eventos estresantes. Sin embargo, ciertos eventos estresantes que debilitan el bienestar psicológico de la chica, la han orillado a presentar conductas de riesgo como el intento y el pensamiento de quitarse la vida alejándola de tener ajustes y adaptaciones óptimas para enfrentar dichos eventos de vida adversa.

Entrevista. El análisis de la entrevista por el Ethnograph nos indica escasos indicadores resilientes presentes en la participante. La adolescente reportó tener problemas familiares, principalmente con la mamá debido a la mala comunicación que la adolescente entabla día con día, ocasionando violencia tanto verbal como física. Así mismo, reportó tener problemas con algunas compañeras de otros grupos, violencia y agresiones dentro de la escuela.

Al parecer la chica también mostró tener durante la entrevista algunos indicadores resilientes como una buena comunicación con sus hermanas y la familia extensa (prima), relaciones positivas con sus compañeras, competencia escolar, no consumo de sustancias ilícitas,

planes de continuar con una carrera y la realización de actividades extraescolares positivas. Sin embargo, la disfunción familiar de la adolescente ocasionada la falta de comunicación y afecto inadecuado; son factores de suma importancia que estresaron y contribuyeron a que la chica reportara ideación suicida en repetidas ocasiones a lo largo de la entrevista.

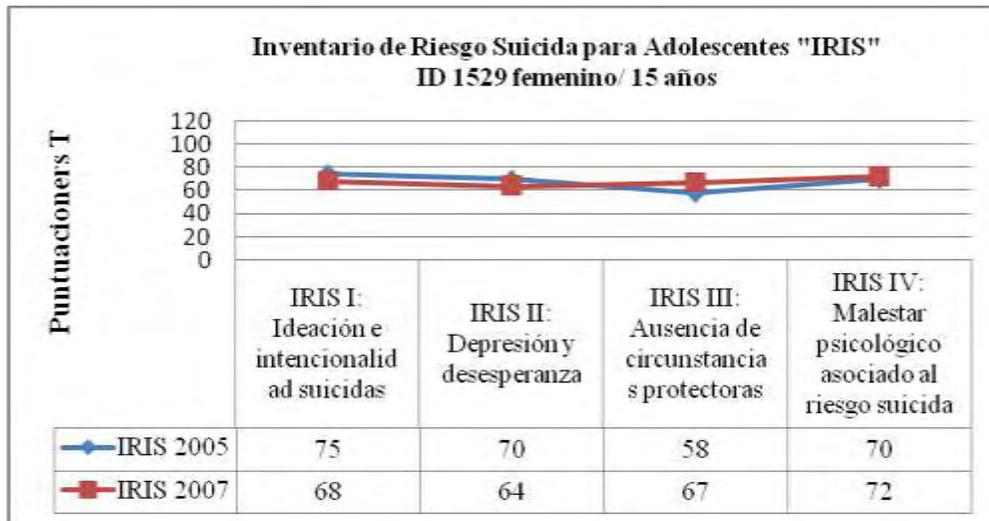
Los resultados en las distintas evaluaciones tanto en la entrevista como en los instrumentos, sugieren entonces que la adolescente tiene riesgo suicida; sugiriéndole y brindándole ayuda psicológica con el propósito de disminuir dicho riesgo.

Participante 7: ID 1529

Inventario de Riesgo Suicida del Adolescente (IRIS). Los resultados del inventario nos indican que la chica no presentó una disminución significativa, con respecto a la primera evaluación realizada. Esto quiere decir que obtuvo un puntaje T superior a 60 en todas las subescalas y al mismo tiempo endosando los tres reactivos críticos, ubicándola en la prioridad 1 del instrumento IRIS (ver figura 13).

La adolescente presentó de igual manera en la segunda subescala, así como en la tercera habla de tener sentimientos de tristeza y desesperanza sintiéndose con poca energía para afrontar situaciones adversas, orillándola a tener conductas de riesgo que en repetidas ocasiones a intentado quitarse la vida, la planeación de su propia muerte y los constantes pensamientos de suicidio. En cuanto al índice de malestar asociado al riesgo suicida, se encontró dificultades en las relaciones interpersonales, impaciencia y la necesidad de desahogarse.

Figura 13



Reactivos críticos del IRIS:	IRIS 2005	Respuesta
He pensado en suicidarme	<i>Algunas veces</i>	<i>Casi siempre</i>
He planeado mi propia muerte	<i>Algunas veces</i>	<i>Algunas veces</i>
He intentado quitarme la vida	<i>Una vez</i>	<i>Cuatro o más veces</i>
Prioridad	<i>2: Riesgo por intento</i>	<i>1: Riesgo alto</i>

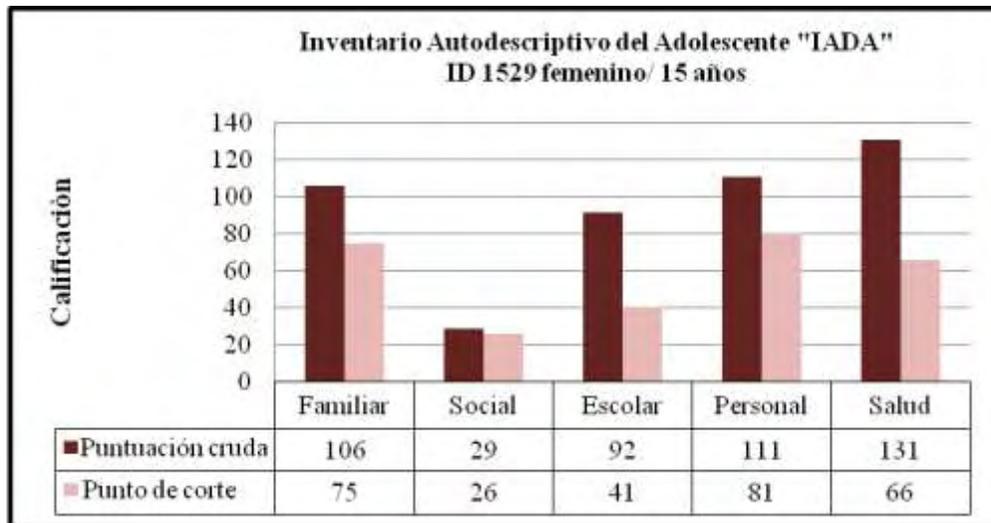
Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA). El punto de corte para la identificación del caso dentro del inventario IADA, la chica describe estar expuesta a diversas problemáticas dentro de sus diferentes áreas de vida. Esto indica que el riesgo se encuentra en las cinco subescalas debido al alto puntaje en cada una de ellas (ver figura 14).

La adolescente reportó estar viviendo en un ambiente familiar con constantes conflictos familiares, haciendo de la calidad de las relaciones es indiferente, sin apoyo, frías, tensas y con constantes discusiones entre sus papás dificultando el sistema paterno en el que vive la adolescente. Originando inconsistencia familiar al haber ausencia de ambos padres y sin reglas dentro de casa; obligándola a aislarse de su familia.

Dentro del ámbito social, la chica describe tener problemas interpersonales, alejándose de la gente y con dificultades para hacer amigos, obteniendo relaciones poco satisfactorias. Con lo que respecta al área escolar, aparentemente la chica tiene problemas en el aprendizaje

(distracción, falta de comprensión, etc.) teniendo malos hábitos de estudio, bajas calificaciones, inadecuación escolar, sin satisfacciones escolares, problemas en las relaciones (compañeros y maestros) y un rendimiento escolar inadecuado. En el área personal la chica reportó tener sentimientos de inseguridad, una alta susceptibilidad social, metas confusas, desorganización en sus cosas personales y sin planes. En cuanto a su salud, hay un patrón alto en el consumo de tabaco, en el consumo de alcohol y en el consumo de sustancias ilícitas aumentando la vulnerabilidad en el consumo de sustancias; así como también, malestares físicos (dolores de cabeza y problemas emocionales), alteración en su ciclo de sueño y malos hábitos alimenticios.

Figura 14



Raven. La medición del CI de esta chica se utilizó la prueba de Raven, cuyos resultados fueron un puntaje equivalente al percentil 50, ubicándola en la tabla de diagnóstico como *término medio*.

La relación de los resultados de este instrumento y las bajas calificaciones (6.88) muestran un ajuste deficiente y poca adaptación ante ciertas situaciones de riesgo, manteniendo un nivel bajo de competencia ante eventos estresantes para enfrentarlos. Este fracaso y bajo rendimiento escolar se debe a la carencia de aptitudes, y de igual manera un rechazo al sistema, la incapacidad para llevarse bien con los profesores y compañeros; manteniendo un nivel bajo de motivación generando poco interés por el trabajo escolar.

Entrevista. El análisis de la entrevista por el Ethnograph nos indica la existencia de muy pocos indicadores resilientes presentes en la participante. Durante la entrevista la adolescente dijo tener fuertes problemas con ambos padres, especialmente con su mamá al igual que fuertes problemas de violencia intrafamiliar, ocasionado la separación de los padres. Así mismo, reportó tener fuertes conflictos con sus compañeros de escuela, con amigos, agresión y violencia social, ocasionando aislamiento social. Así como también dijo tener bajas expectativas al realizar una tarea determinada, impulsividad poco controlada, desesperanza y una autoimagen negativa.

Los problemas de la salud se vuelven frecuentes en el momento en que ella menciona que su consumo de sustancia tanto lícitas como ilícitas, no es por experimentar u ocasional, sino más bien recurre a ellas frecuentemente para tratar de olvidar problemas que ella ha tenido que enfrentar a lo largo de estos dos últimos años, con respecto a la última evaluación. Sin embargo, mostró tener vagos indicadores resilientes como la relación positiva que mantiene con algunos de los maestros, apoyo social de algunos de sus pares que la motivan a aumentar la competencia social y planes a futuro (realizar una carrera universitaria).

Al parecer los pocos indicadores resilientes que la chica mencionó a lo largo de la entrevista, no han funcionando como amortiguadores que previenen ciertas conductas de riesgo, si no que la disfunción familiar, los constantes problemas sociales, escolares y personales; la han orillado a continuos intentos y pensamientos suicida. Es importante mencionar que la chica ha estado con anterioridad bajo tratamiento psicológico debido a los diversos intentos de suicidio que ha cometido.

Los resultados en las distintas evaluaciones tanto en la entrevista como en los instrumentos, sugieren entonces que la adolescente tiene riesgo suicida; por lo que se contactó a la chica, se le sugirió y se le brindó ayuda psicológica con el propósito de disminuir dicho riesgo.

Capítulo 6

Discusión y Conclusiones

El propósito de la presente investigación fue hacer una evaluación para identificar algunos indicadores resilientes, en un grupo de adolescentes que habían sido detectados con ideación suicida y que no habían aceptado participar en un programa de intervención. Se intentó, por medio de los resultados obtenidos de las diferentes evaluaciones; determinar si los chicos evaluados tenían la posibilidad de ser resilientes ante diversas situaciones adversas.

Por los resultados obtenidos ya mencionados en el capítulo anterior, se concluye que de los siete adolescentes evaluados por los instrumentos y las entrevistas; cuatro adolescentes fueron considerados como resilientes ante la ideación suicida. Mientras que el resto del grupo de adolescentes, fueron considerados como no resilientes; por lo que presentaron riesgo ante la conducta e ideación suicida (ver tabla 6).

Tabla 6 Alumnos resilientes y no resilientes.

ID	RESILIENTE	NO RESILIENTE
1117	✓	
1430	✓	
1130	✓	
1319	✓	
1108		✓
1240		✓
1529		✓

6.1 SOBRE EL RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA.

Mediante el Inventario de Riesgo Suicida del Adolescente (IRIS), se detectó el riesgo de ideación suicida en el grupo de adolescentes de esta investigación. Y se encontró que en las evaluaciones

obtenidas, algunos adolescentes considerados como resilientes ante la ideación suicida, reportan haber tenido buenos momentos a lo largo de su vida y sentirse satisfechos con su vida disminuyendo significativamente el riesgo y reportando en menor medida la intención de quitarse la vida, en la planeación de su propia muerte y en el pensamiento suicida; así como también, una disminución importante con respecto a sentirse deprimidos y tristes; endosando con menor frecuencia reactivos críticos que indican dicho riesgo.

Sin embargo ante ciertos eventos estresantes que afrontan los adolescentes, se mantiene la presencia de poca energía y algunas necesidades de desahogo emocional. Los eventos de vida estresante entonces, pueden funcionar como un disparador a un pensamiento o acto suicida empujando al adolescente hacia un intento desesperado por enfrentar estas reacciones emocionales intensas (Hernández y Lucio, 2006). Se ha encontrado que las mujeres sufren de depresión más a menudo que los varones, sin embargo para las mujeres es más fácil hablar de sus problemas y solicitar ayuda en comparación a los varones aumentando las probabilidades de prevenir los actos suicidas con resultado fatal (OMS, 2001).

Hay que tomar en cuenta que el riesgo suicida se incrementa después de la aparición de la pubertad y los cambios biológicos, psicológicos y sociales asociados con la adolescencia pueden incrementar el grado de estrés experimentado por la mayoría de los jóvenes (Hernández y Lucio, 2006).

Por lo que respecta a los adolescentes que mostraron riesgo ante la ideación suicida ya que fueron considerados como no resilientes, reportaron sentirse deprimidos y tristes, con deseos de su propia muerte, con percepción de odio a la propia existencia y una necesidad extrema de desahogo emocional; así como también la presencia de conductas de riesgo de autolesión intencional. Estos adolescentes endosaron los reactivos críticos lo que los pone en riesgo ante el intento, la intención y la ideación suicida.

La desesperanza es un indicador significativo que tiene que ver con un esquema cognoscitivo que parte de las expectativas negativas (Buendía, 2004), siendo este un indicador de la presencia de la depresión y que es potencial para indicar si hay algún tipo de riesgo suicida; la

manifestación clínica de la desesperanza puede ser situacional o transitoria que combinada con la impulsividad del adolescente puede ser peligroso para la presencia del suicidio en el adolescente (Rutter, 2004).

Otros autores como Adams y Adams consideran que los eventos de vida negativos pueden actuar como un factor de riesgo no específico que incrementa el malestar emocional general o específicamente la depresión que a su vez puede preceder al comportamiento suicida (Hernández & Lucio, 2006).

6.2 SOBRE LAS DESCRIPCIONES DEL IADA Y SU RELACIÓN CON LA IDEACIÓN SUICIDA.

Sobre el área familiar.

Los resultados de los perfiles psicológicos que se obtuvieron del grupo de adolescentes en general, demuestran que los factores que más influye sobre los adolescentes son los factores familiares; describiendo ambientes familiares sumamente difíciles para la convivencia en donde la comunicación entre los miembros de la familia es deficiente, ocasionando fuertes diferencias y constantes conflictos; haciendo de la calidad de las relaciones familiares frías, con poco apoyo, tensas e indiferentes entre los miembros de la familia; contribuyendo dentro del campo de los estresores familiares, como factores de riesgo en la gran mayoría de los adolescentes a cometer suicidio e ideación suicida (Buendía et al., 2004).

Se sabe que la falta de una buena comunicación entre los miembros de la familia especialmente entre hijos y padres, la violencia, la discordia, la falta o la carencia de amor, apoyo, entre otros; son signos que describen a una familia disfuncional. Sin embargo para algunos de los adolescentes evaluados, los factores familiares que describen tener una conexión directa con conductas de riesgo son mitigadas por tener apego por lo menos a un padre presente o pidiendo ayuda de cuidadores alternos dentro de la familia como los abuelos, los tíos, primos o hermanos más grandes; proporcionado un papel indispensable y un apoyo que les ayuda a amortiguar los efectos de las adversidades como bien menciona Smokowski (1999), jugando un

papel mayor en el fomento de la resiliencia de solo algunos adolescentes evaluados por el IADA en la presente investigación.

La percepción de los adolescentes, por lo que respecta a problemas emocionales y de salud de los padres como el consumo de sustancias de algún familiar significativo para el adolescente, especialmente los padres; es un factor que influye fuertemente sobre la toma de decisiones y el estado de ánimo de los chicos dando lugar a la enfermedad, al desorden como la depresión y el suicidio y dificultades de adaptación en general (Lucio, Barcelata y Durán, 2007), decrementando la motivación en diversas áreas en las que el adolescente está envuelto, ocasionando dificultades en el área social y de salud principalmente. Brent y colaboradores (1994) reportaron que una historia familiar con trastornos del estado de ánimo (depresión) y el abuso de sustancias, incrementaban significativamente el riesgo de suicidio.

En contraste Gould y colaboradores en 1996, encontraron que el consumo de sustancias ó de la psicopatología de los padres puede no contribuir al riesgo de atentar contra su vida o de la ideación suicida siempre y cuando se controle la psicopatología del adolescente (Hernández, 2006).

Sobre el área social.

Siendo el área familiar, una dimensión que influye fuertemente sobre los adolescentes evaluados para cometer actos, planes e ideación suicida; el factor social y el personal para la mayoría de estos chicos mostraron ser también factores que influyeron dentro de la de la vida de los adolescentes. Reportando en la mayoría de los chicos problemas interpersonales relacionados con dificultades para hacer amigos, con sentimientos de abandono haciendo que se alejen de la gente; creando un fuerte estrés, debilitamiento psicológico y la ideación suicida (Buendía et al., 2004). En general se ha encontrado que los adolescentes que carecen de apoyo social y que experimentan aislamiento, tal vez tengan vías auto-perjudiciales (Rutter, 2004).

Sin embargo, algunos otros perciben a sus relaciones sociales como satisfactorias adaptándose adecuadamente con sus compañeros y pares, compartiendo intereses y llevándose bien con otras personas; sintiéndose apoyados socialmente llevándolos a tener un sentido de

pertenencia. Rutter (2004) menciona que el factor social quizá sea el más importante de los factores, con lo que respecta a la valoración de los precursores psicológicos de la conducta suicida. Este factor protector siendo uno de los más importantes para aminorar conductas de riesgo, los adolescentes de esta investigación describieron haber tenido problemas al mencionar ciertos problemas para poder compartir intereses, no llevándose bien con otras personas y haciendo que los adolescentes tengan pocas o ninguna conexión significativa con sus pares o amigos.

En los adolescentes hay menos probabilidades de que exista riesgo de suicidio y de ideación si ellos perciben a sus amigos y pares más accesibles, así como también tuvieran la percepción de tener más amistades positivas.

Sobre el área personal.

Con lo que respecta a los factores personales, algunos chicos del grupo evaluado describen tener sentimientos de inseguridad al describirse como torpes, inferiores en comparación a los demás y con autoestima baja. También describen tener susceptibilidad social al percibirse como tímidos, temerosos, desconfiados, y nerviosos con las cosas que les pasan; así como también, vulnerabilidad emocional, problemas de concentración y con metas confusas o inestables.

Hay autores que mencionan que la presencia de una autoestima baja en los adolescentes, puede estar conectada con la disfuncionalidad familiar amenazando la integridad física y psicológica, y que en combinación con otros factores puede ayudar a que se generen sentimientos de vulnerabilidad y encontrar motivación para el suicidio. De la misma manera, la autoestima se ha relacionado con todos aquellos sentimientos de control o confianza en las habilidades de uno mismo para manejar ciertas situaciones. Con mucha frecuencia los individuos suicidas tienen un bajo sentido de eficacia para influir en los eventos estresantes y mantener una actitud indiferente hacia la vida (Buendía et al., 2004).

En cambio algunos otros chicos evaluados por el IADA, se describen como creativos, hábiles para algunas cosas, inteligentes y creativos; ayudándoles de cierta forma a crear metas y planes a corto plazo como al querer realizar una carrera universitaria. Estos adolescentes que tienen de sí mismos un concepto global positivo, a partir de una experiencia directa y la

evaluación de otras personas significativas, pueden llevarlos a una mayor persistencia en la realización de una actividad con el convencimiento de que podrán realizarla adecuadamente, con relativa independencia para dicha ejecución.

También cabe mencionar, que la literatura de la resiliencia ha sugerido que tener metas, esperanzas, planes y con sentido de propósito; fomenta la resiliencia en los adolescentes (Everall et al., 2006). Las expectativas de autoeficacia supone un mediador del comportamiento especialmente poderoso, capaz de actuar como factor protector cuando se llevan a cabo autoevaluaciones positivas de eficacia, facilitando una disminución en el riesgo suicida (Buendía et al., 2004).

Sobre el área escolar.

La escuela es una instancia donde los chicos y las chicas asimilan normas, metas sociales y valores que entran a formar parte de la vida de una persona normal (Corral et al., 2003).

Dentro del IADA algunos de los adolescentes describen tener bajas calificaciones (materias reprobadas) afectando el rendimiento escolar, quizá por la relación que hay entre tener malos hábitos de estudio, dificultades en el aprendizaje como las distracciones, la falta de comprensión, aburrimiento escolar, entre otros. Se han asociado varios factores escolares con el fracaso escolar donde rara vez se da por la falta de capacidades (Rice, 2000). Los adolescentes se caracterizan por tener constantes altibajos; pero si la motivación, como en el caso de algunos de los adolescentes evaluados presentan, se mantiene a niveles aceptables saldrá adelante evitando el abandono escolar de lo contrario si el adolescente piensa que la escuela es irrelevante, entonces puede generar conflictos (Corral et. al., 2003).

Muy pocos adolescentes describen poca o ninguna satisfacción escolar, al reportar no llevarse bien con sus compañeros y al no gustarle la escuela; así como también presentar reportes de mala conducta; es preciso recordar que todos estos adolescentes seguían en la secundaria en el momento de la evaluación para esta investigación. Sin embargo, ante ciertos estresores que pudieran estar debilitando el bienestar psicológico y la ejecución de la tarea (Rise, 2000), el continuo interés de algunos profesores por su alumnos pueden llegar a convertirse en figuras

importantes influyendo en la formación de las identidades de los adolescentes, en sus autoconceptos, metas y aspiraciones. En los momentos de crisis y adversidad, los adolescentes resilientes a menudo buscan y aceptan el apoyo y los cuidados de los adultos que no son de su familia, así como de sus maestros, entrenadores y prefectos (Everall et al., 2006).

Se ha demostrado que el apoyo de los maestros, entrenadores y/o prefectos, puede influir fuertemente en los adolescentes en riesgo de cometer actos suicidas, como amortiguador para reducir los efectos negativos ante las circunstancias adversas en las que está viviendo el adolescente, dándole una dirección positiva a estas conductas de riesgo.

Sobre el área de salud.

Los resultados obtenidos en el área de salud, describen en la mayoría de los adolescentes evaluados elevaciones en esta subescala indicando un alto patrón en el consumo del tabaco y en el consumo del alcohol principalmente. Las descripciones de los chicos indican, que los hábitos de consumo del tabaco y el alcohol comienzan desde la secundaria, con amigos y en fiestas únicamente; sin embargo algunos mencionan que lo han consumido solo por curiosidad, pero parece ser que solo en forma experimental no cotidiana.

Con lo que respecta en el consumo de sustancias la mayoría de los chicos describen no haber consumido ninguna sustancia ilícita (marihuana, cocaína, cemento, anfetaminas, tacha, éxtasis, etc.) alguna vez, ocasionando entonces una baja vulnerabilidad al consumo de sustancias. Cabe mencionar, que en el caso específico de una chica (ID 1529) quien tiene alto riesgo en conducta suicida, reporta patrones altos de consumo de tabaco, alcohol y sustancias ilícitas aumentando cada vez más la vulnerabilidad al consumo de sustancias, a la presencia de adicciones y al mismo riesgo de suicidio. Se ha encontrado que el uso temprano de drogas y sustancias está significativamente asociado con todos los factores de riesgo del comportamiento suicida mientras que el uso temprano del cigarro está asociado únicamente con la ideación suicida (Cho et al., en prensa).

Los problemas emocionales, cuya descripción se encontró en la mayoría del grupo de adolescentes evaluados por el IADA presentan una posible desesperanza, que al parecer es un

indicador significativo que indica la presencia de la depresión en los adolescentes y que al mismo tiempo han ocasionado malestares físicos, alteraciones de sueño y problemas de alimentación (malos hábitos alimenticios). Se ha encontrado que la desesperanza tiene que ver con un sistema de esquemas cognoscitivos que parten de las expectativas cognoscitivas, llevándolos a un sentimiento general de desesperación (Buendía, 2004), así como también es considerado un indicador potencial para indicar si hay riesgo suicida en el adolescente (Rutter, 2004).

Estos problemas emocionales como la depresión y sus síntomas (tristeza, ansiedad, alteraciones de sueño y de alimentación, etc.), son de los factores más comunes en los adolescentes y a su vez, los indicadores potentes en la conducta suicida (OMS, 2001). De hecho, todos los trastornos del ánimo han sido claramente relacionados con comportamientos suicidas, pero la depresión en especial altera el posible riesgo de suicidio; encontrándose entonces directamente relacionada con el suicidio y la ideación suicida (OMS, 2006).

El manejo adecuado del tiempo libre se ve reflejado en los hábitos saludables de los chicos al no pasar demasiado tiempo frente a la televisión y al tener más actividades físicas fuera de su casa. Se ha centrado y puesto mucha atención en como el ambiente afecta a la conducta humana. Una investigación considerable de los ambientes adolescentes sugieren, que teniendo fácilmente accesos a los espacios naturales, lugares de reunión y ambientes donde la autonomía y el sentido del control; puede ayudar a los adolescentes a tener mejor control del estrés, de problemas psicológicos y del sentimiento de desesperanza para que posteriormente se reduzca el riesgo de suicidio (Evans et al., 2005). Se ha visto que para algunos jóvenes adolescentes, involucrarse en relaciones y actividades extracurriculares fuera de casa, ayuda a fomentar la resiliencia (Everall et al., 2006).

6.3 SOBRE EL CI Y EL RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA.

Los resultados obtenidos por el Raven sugieren entonces que, de los adolescentes que son resilientes ante la ideación suicida, la mayoría obtuvo un diagnóstico de capacidad *superior al término medio* equivalente a un percentil 90; con excepción de una chica (ID 1117) que presentó un diagnóstico de capacidad *término medio*, situándola dentro del percentil 50.

Dichos resultados indican que al haber obtenido una CI alto, los adolescentes mantienen en general un nivel alto de competencia que les permite interactuar y relacionarse alejándolos de conductas e ideas suicidas. Los hallazgos han sido consistentes con la idea de que el CI en los adolescentes puede actuar como factor protector entre todas esas situaciones de riesgo (Luthar, 2006) que los chicos enfrentaron en los últimos dos años con respecto a esta última evaluación; adquiriendo competencias más eficaces para un mayor ajuste y adaptación. El solo efecto de la interacción del CI con los eventos estresantes, muestran que el CI alto en los adolescentes mantiene en general; un nivel alto de competencia a pesar de los eventos estresantes, mientras que el CI bajo en el adolescente está muy lejos de tener competencias para enfrentar eventos estresantes (Luthar, 2006).

Con lo que respecta a los chicos que no son resilientes ante la ideación suicida la mayoría obtuvo un diagnóstico de capacidad *superior al término medio*, lo que equivale a un percentil 90; con excepción de una adolescente (1529) que presentó un diagnóstico de capacidad *término medio*, ubicándola en el percentil 50.

Los resultados obtenidos por estos adolescentes nos indican de igual forma, una posible alta competencia intelectual ante los sucesos estresantes con la posibilidad de tener habilidades sociales que les permitirán relacionarse y adaptarse ante todas esas situaciones de riesgo. Sin embargo, la mayoría de estos chico que obtuvieron puntajes altos en la prueba de Raven se han encontrado en riesgo ante la conducta y la ideación suicida. Esto nos indica que los efectos de la angustia y la depresión como se mencionó anteriormente en los resultados del IADA, puede ser causada por factores familiares y/o el ambiente del barrio en el que viven originando una fuerte disminución en la fortaleza psicológica de cada uno de los chicos en riesgo (Rice, 2000). Sin embargo hay que tomar en cuenta que a pesar de tener riesgo, ninguno ha intentado quitarse la vida.

Los adolescentes angustiados y deprimidos a menudo se precipitan a dar una primera respuesta crítica, sin examinar toda la información disponible. Los efectos de la depresión sobre el desempeño puede perjudicar en la lentitud de su pensamiento, en algunos casos dan respuestas simples o fáciles para no tener que luchar con la complejidad de la situación que están

presentando; cuando en la mente de una persona prevalece el dolor, la confusión, la depresión, la angustia y la preocupación por la supervivencia, la motivación para sostener la atención ante una tarea altamente demandante; como es en el caso del trabajo en aulas exigiendo una disciplina mental y corporal, será necesariamente baja (Raven et al., 1993) y poco eficaz.

El desempeño bajo e inconsistente que se ve reflejado en las bajas calificaciones del grupo de adolescentes evaluados, pero que obtienen puntajes altos en la prueba del Raven; tratan de remediar los problemas que tiene con el trabajo escolar y algunos otros procuran encontrar modos para que puedan desarrollar y obtener recompensas por sus otros talentos (Raven et al., 1993). El fracaso escolar (bajas calificaciones) rara vez se da por falta de capacidades sino por el rechazo al sistema; estos adolescentes serían capaces de hacer un trabajo aceptable, pero no tienen ningún interés en ello (Rice, 2000).

El rendimiento del adolescente puede tener altibajos, pero si su comportamiento y motivación se mantienen en niveles aceptables saldrán adelante; de lo contrario generará conflictos y el abandono escolar (Corral et al.; 2003). Algunos adolescentes pueden no estar bien adaptados emocionalmente y socialmente, sino que simplemente carecen de interés en el trabajo escolar pueden llegar a pensar que están perdiendo el tiempo y por lo tanto pueden llegar a preferir casarse o trabajar.

6.4 SOBRE LA ENTREVISTA.

Mediante el análisis de las entrevistas por el Ethnograph, se logró hacer la evaluación del discurso y la detección de ciertos indicadores que nos señalan la ausencia o la presencia de resiliencia de cada uno de los adolescentes del grupo. Es importante recordar que para la detección de la resiliencia, es esencial la identificación de los factores de protección, cuya tarea es amortiguar o aminorar los efectos de los factores de riesgo (Hoven et al., 1998).

Y se encontró que del grupo de los adolescentes resilientes ante la ideación suicida, se identificaron la mayoría de los indicadores resilientes a investigar. Luthar y colaboradores indican que algunos jóvenes pueden manifestar resiliencia en algunas situaciones y áreas de

funcionamiento pero no en otras (Luthar, 2006). A pesar de las situaciones adversas y estresantes que enfrentaron, los adolescentes resilientes tuvieron la capacidad de adaptarse positivamente obteniendo mejores resultados a los esperados, obteniendo una satisfactoria recuperación con relación a los intentos de suicidio e ideación suicida que presentaron en la evaluación anterior.

Para los chicos resilientes la percepción del apoyo familiar (presencia del padre o madre), la comunicación con la familia extensa y para algunos la comunicación con hermanos; han demostrado actuar principalmente como factores potentes que previenen cualquier tipo de riesgo de suicidio en los adolescentes. La relación con sus hermanos y hermanas son de importancia vital porque pueden tener influencia duradera sobre el desarrollo sirviendo como modelos de rol para los hermanos más pequeños y de la misma forma pueden servir como sustitutos de los padres; ayudando y brindando con mucha frecuencia compañía, amistad satisfaciendo las necesidades de afecto, actuando como confidentes y siendo capaces de ayudar y compartir muchas experiencias (Rice, 2000).

Estos factores protectores tienen una conexión directa con los efectos de protección sobre los adolescentes, actuando como un amortiguador. La conexión que tiene el adolescente con la familia puede interactuar como un factor que mitiga y previene; esto siempre y cuando la familia mantenga una relación cercana con sus hijos (Henrich et al. 2005). Las fuentes de apoyo parental, a través del cual los padres proveen recursos específicos y servicios a sus hijos, puede llegar a ser instrumental en el fomento de la resiliencia. Otro factor de suma importancia para el fomento de la resiliencia en los adolescentes es la comunicación con la familia, siendo esta una llave para las relaciones armoniosas padres-hijos demandando hoy en día padres que hablen con ellos.

Los adolescentes aparentemente necesitan saber que están siendo valorados, aceptados y que a los mismos padres les agrada la forma de ser de sus hijos adolescentes; donde al mismo tiempo los adolescentes quieren padres que sean tolerantes con la individualidad, la intimidad y las diferencias interpersonales en la familia. Por lo que respecta a la comunicación y las relaciones familiares con la familia extensa pueden tener también efectos positivos sobre los adolescentes, asumiendo un papel activo de crianza y la guía de los hijos en la familia (Rice, 2000).

Otro de los indicadores que se encontraron en los chicos resilientes fue en torno a los factores escolares, habiendo reportado excelentes relaciones tanto con compañeros como con maestros aumentando la competencia escolar de los adolescentes. Este indicador parece actuar como un factor que protege, actuando como amortiguador para los adolescentes que se encontraban en riesgo de conducta e ideación suicida, y al mismo tiempo previniendo el comienzo del suicidio entre los adolescentes (Henrich et al., 2005).

El factor escolar sirve para modificar conductas inapropiadas así como la violencia y la agresión que quizá, los padres no pueden controlar adecuadamente. Cabe mencionar que cuando las escuelas se encuentran dentro de colonias peligrosas, donde los adolescentes pudieran estar expuestos a la violencia, los efectos de sentirse conectados con la escuela pueden actuar como factor protector ante un continuo riesgo de suicidio (Luthar, 2006). Lo que ayudó en mayor parte a los chicos fue la percepción de que sus maestros tienen la capacidad de verlos como personas capaces de poder desarrollar habilidades y aumentar sus competencias al tener mejores relaciones con sus compañeros, optimizar su rendimiento escolar (subir calificaciones y por consiguiente el promedio escolar) y encontrar soluciones más eficaces para sus problemas como la superación al riesgo de la conducta y a la ideación suicida.

La forma en cómo los adolescentes pueden percibir a sus maestros, tiene una influencia importante sobre las actitudes de los adolescentes. Esto quiere decir que si la relación maestro-alumno es personal y si la comunicación es profunda y amplia, los maestros pueden llegar a convertirse para los adolescentes en figuras importantes; convirtiéndose en modelos de rol que influyen en la formación de las identidades de los chicos, en sus autoconceptos, metas y aspiraciones (Rice, 2000). Los mejores profesores son aquellos que muestran comprensión real de los adolescentes, las tareas evolutivas, los problemas particulares, los ajustes y los intereses de los adolescentes. Al parecer diferentes autores han encontrado, que en los adolescentes hay menos probabilidades de que exista riesgo suicida si ellos perciben a sus amigos, pares y compañeros de escuela como amistades positivas (Rutter, 2004). Hay que tomar en cuenta que en esta escuela, se llevó a cabo un programa de prevención con los maestros.

Las relaciones positivas con compañeros a menudo pueden ser útiles, como otra principal fuente de apoyo; a través de la afiliación y la identificación con amigos cercanos, los adolescentes pueden salir beneficiados al percibir compañerismo emocional y apoyo motivacional, de un ejemplar papel y un sentido de pertenencia (Everall et al., 2006).

Por otro lado, para los adolescentes sin riesgo de ideas y de conductas suicidas, las actividades extraescolares han demostrado ser para los chicos de suma importancia; haciendo que los adolescentes se sientan envueltos en actividades que están convencidos de que pueden realizar adecuadamente. Como ya se había mencionado con anterioridad, dichas actividades que realizan tanto fuera de casa como de la escuela, ayudan al fomento de la resiliencia en los adolescentes (Everall et al., 2006). Investigaciones anteriores sugieren que proveer a los adolescentes con encuentros accesibles y espacios naturales, pueden tener una prometedora manera de promover y/o fomentar la reducción del estrés y posteriormente reducir el riesgo de conductas suicidas (Evans et al., 2005).

Dentro de los factores sociales, los adolescentes resilientes mostraron tener un fuerte apoyo social por parte de sus pares y amistades, reportando un bajo aislamiento y por consiguiente bajos niveles o ningún riesgo de intento e ideación suicida. Algunos autores mencionan que este factor, está relacionado con el funcionamiento más sano del adolescente y es un factor importante con lo que respecta a la valoración de los precursores psicológicos de la conducta suicida (Rutter, 2004). El sentido de pertenencia y la buena comunicación que mantienen con su pares, amigos, comunidad, etc.; los llevan a tener en gran medida competencias sociales altas para evitar y superar el riesgo de conductas y pensamientos suicidas.

El grupo de iguales, compañeros y amigos de edad similar, forman grupos a partir de algunas coincidencias y afinidades; algunos más próximos que otros como los amigos, a quienes les confían toda preocupación íntima y de los que se espera, compartan de la misma forma sentimientos y emociones; cuyos valores son como los suyos. De esta forma, puede tener un considerable solapamiento entre los valores de los padres y los iguales, debido a los factores sociales, económicos, religiosos, educativos e incluso hasta geográficos. La calidad y la estabilidad de las relaciones entre los mismos adolescentes están relacionadas con la autoestima.

Hay investigaciones que documentan, que las implicaciones con los iguales está positivamente relacionado con muchos indicadores de ajuste psicológico, social y de rendimiento; dónde el apoyo social está directamente relacionado con el bienestar sirviendo como un amortiguador (Rice, 2000) ante sucesos estresantes de vida.

El desarrollo de redes con los pares y sus amistades juegan un papel importante en el proceso de superar el riesgo suicida; buscando dentro de las redes sociales con los pares y amigos un ambiente en donde ellos pueden experimentar una sensación de pertenencia, camaradería y aceptación que ellos no pueden experimentar en ningún otro lugar. Los adolescentes que reportan un fuerte apoyo social (bajo aislamiento), muestran niveles altos de resiliencia y bajos niveles de riesgo suicida aquellos adolescentes que perciben ser apoyados por su padres o por sus pares muestran mecanismos de afrontamiento más sanos y mantienen una perspectiva más sana acerca de sus planes a futuro (Rutter, 2004).

De la misma forma para algunos adolescentes del grupo de resilientes, el tener una relación cercana con una pareja romántica puede ser por lo general de mucha ayuda para evitar el riesgo y la ideación suicida. Enamorarse es una necesidad positiva en la mayoría de la gente; si el amor es recíproco está asociado con sentirse completo. En general parece que las chicas adolescentes comparten y tienen la necesidad de hablar más sus problemas, compartir secretos y sentimientos en comparación con los chicos (Rice, 2000).

Por último, la ausencia del abuso de sustancias en el grupo de adolescentes resilientes es otro indicador que nos ayudó a determinar la resiliencia de los chicos, a pesar de que es una población donde se presenta un alto riesgo en el consumo o abuso de drogas. Cabe mencionar que algunos adolescentes de este mismo grupo, mencionaron haber probado o por lo menos haber tenido algún acercamiento con alguna sustancia ilícita y/o lícita (marihuana, cigarro, alcohol, entre otros). El periodo por el que están pasando estos chicos, es considerado como un periodo crítico de evolución donde les lleva a curiosear como un comportamiento normal en la vida; esto quiere decir que el acercamiento de un adolescente a las drogas es parte de la realidad y por lo tanto objeto de esa curiosidad.

El uso de una droga en una sola ocasión no produce dependencia en general; el peligro está más bien en el uso continuo o el descubrimiento de que cierto tipo de sustancia puede provocar placer o calmar el dolor y que a partir de ahí se insista el uso. El ambiente estresante en el que están inmersos los adolescentes es determinante en potenciar su peligrosidad para llevarlos al riesgo suicida, el motivo de probar las drogas, es algo frecuente entre los adolescentes quienes utilizan este mecanismo para imponerse desafíos a sí mismos con el fin de autoafirmarse (Gobbi, 1993). El abuso de sustancias es considerado como un importante factor de riesgo asociado con el riesgo suicida en el adolescente. El estar inmerso en el uso de las drogas, puede ser un marcador y precursor de la depresión y sobre todo otros factores de riesgo para alentar el suicidio en el adolescente (Cho et al., en prensa).

Con lo que respecta al grupo de los adolescentes en riesgo y considerados como no resilientes ante la ideación suicida, se encontró en su mayoría, una ausencia de los indicadores resilientes a detectar. Hay sujetos de alto riesgo que pueden manifestar competencias en dominios específicos como lo es en el ámbito escolar, emocional o conductual; así como también pueden presentar problemas o conflictos en otros dominios, dándose prioridad a unos dominios de adaptación sobre los demás por lo que la resiliencia puede no ser un constructo global.

Aunque los dos grupos son vulnerables, en este grupo se da un riesgo acumulado mayor en los términos de que hay una gran influencia que ejercen los factores externos en el desarrollo de los adolescentes; habiendo cambios que se presentan en esta etapa de los chicos en distintas dimensiones de su vida, y que pueden ser percibidas como difíciles, surgiendo con ello conflictos emocionales y dificultades de adaptación en general. La ausencia de los diversos indicadores resilientes en los chicos, demuestran que eventos de vida estresantes o adversa han funcionado como un disparador que empuja al individuo hacia el comportamiento suicida, como un intento desesperado por enfrentar estas reacciones emocionales intensas. Los potenciales efectos letales del estrés en los adolescentes pueden no ser inmediatamente aparentes pero sí acumularse durante varios meses. Varios estudios sugieren que además de los sucesos de vida estresantes, hay experiencias traumáticas tempranas que pueden tener efectos a largo plazo y estar relacionadas al comportamiento suicida del adolescente (Hernández et al., 2006).

La ausencia de algunos indicadores nos lleva a considerar que hay circunstancias que influyeron en la presencia del riesgo de conductas suicidas en unos casos, así como también la presencia de riesgo de ideación suicida. Es importante considerar que la ausencia o la mala comunicación, el conflicto entre los padres, así como la falta de apoyo, amor y afecto inadecuado entre los miembros de la familia; son tipos de estresores que contribuyen fuertemente al suicidio en los adolescentes (Buendía et al., 2004). Se ha considerado, que la comunicación es una llave para las relaciones armoniosas padres-hijos (Rice, 2000), cuando los adolescentes se encuentran con este tipo de estresores que proceden de la familia motivando a la conducta suicida; se da porque muchos padres no escuchan a sus hijos, no aceptan sus opiniones como relevantes, sin intentar comprender sus sentimientos y puntos de vista. Los padres que se niegan a hablar y concluyen con discusiones de una forma brusca e imponiendo su autoridad, automáticamente están cerrando la puerta a la comunicación efectiva sin fomentar la resiliencia en los adolescentes.

Por otra parte, las relaciones negativas tanto con maestros como con compañeros decrementan la competencia escolar de los adolescentes; incluso ha demostrado tener sobre los adolescentes, altos niveles de estrés debilitando el bienestar psicológico, la salud física y la ejecución de la tarea. Las dificultades escolares como sentirse inferior o humillado por no haber realizado un trabajo eficazmente, o por haber sacado una mala calificación en algún examen; puede perturbar la armonía de los adolescentes interfiriendo en las actividades de clase y al mismo tiempo afectando el funcionamiento académico (Rice et al., 2000). Todo estos estresores orillan a los adolescentes a abandonar la escuela o no tener planes a ir a la universidad, representando toda una serie de factores de riesgo importantes para que los adolescentes presenten altas probabilidades de conductas suicidas.

Beautris y colaboradores reportaron que aquellos adolescentes que habían reportaron intentos de suicidio serios, tenían una mayor probabilidad de desertar de la escuela o de no ir a la universidad (en Hernández, 2006).

Como bien se mencionó con anterioridad, el apoyo social tiene que ver con el funcionamiento más sano del adolescente probando ser un importante elemento a considerar

cuando se pretende clarificar las relaciones entre el estrés, el debilitamiento psicológico y la ideación suicida. Al parecer diferentes autores han encontrado que los adolescentes que presentan en alguna tipo de conducta suicida, tiene también cierto grado de aislamiento social. Al igual que la depresión, la desesperanza, los problemas académicos y otros factores; también hay diferencias entre sujetos con intento de suicidio y sujetos sin intento de suicidio en concerniente al apoyo social (Buendía, 2004). Los adolescentes que presentan aislamiento social muestran tener, niveles muy bajos de resiliencia y altos niveles de riesgo suicida (Rutter, 2004). En general, suele encontrarse de forma sistémica que los sujetos con intento de suicidio tienen mayor menor apoyo social que aquellos que no han intentado suicidarse.

Finalmente para los jóvenes el uso temprano de alguna sustancia y/o drogas, está asociado con la ideación suicida e intentos de suicidio (Cho et al., en prensa). El ambiente agradable o desagradable en el que se consumen las drogas será determinante en potenciar su peligrosidad para el sujeto y la sociedad. El consumo de drogas es una forma de conducta del adolescente; los valores, sentimientos, creencias y motivaciones aparecen como elementos básicos para su comprensión, sin olvidar los conocimientos educativos y sociales (Gobbi, 1993). Esto quiere decir que algo no funciona en la familia, en la escuela y en la sociedad, cuando los adolescentes han perdido el deseo de crecer y se implica en una conducta destructora de sí mismo (Puentes, 2004), llevándolos a conductas de riesgo como el intento de suicidio y la ideación suicida.

Es importante hacerles ver a los adolescentes que aún están en riesgo, así como también los chicos que han logrado disminuir el riesgo de ideación y de intento suicida; que la vulnerabilidad al riesgo aún se mantiene latente, dónde solo con la ayuda de una intervención adecuada podrán evitar los pensamientos y el intento de quitarse la vida.

Capítulo 7

Limitaciones y Sugerencias

Una limitación importante fue que, como este estudio estuvo sujeto al reporte de la persona exhortando a que los chicos evocaran experiencias positivas y negativas según el valor que el chico le haya dado a las circunstancias, pero que con el paso del tiempo a dichos recuerdos se le van restando importancia hasta quedar omitidos, a causa de las experiencias que van viviendo en el presente.

Por otro lado, los espacios con los que se contaba para la realización de las entrevistas fueron en algunas ocasiones inadecuados, debido a la constante interrupción tanto de los profesores, compañeros y ruidos; poniendo a los entrevistados ansiosos y renuentes.

Otra limitante importante fue que debido a las actividades escolares ya agendadas por la escuela, no se pudo tener una completa recopilación de información por parte de los profesores, describiendo las competencias escolares que poseen cada uno de los chicos que formaron dicho estudio; por lo que se sugiere entonces crear un cuestionario con preguntas dirigidas a la detección de indicadores resilientes específicos, donde el profesor reporte eficazmente la presencia o la ausencia de la resiliencia en los adolescentes.

También se sugiere trabajar con padres y/o con los responsables de los adolescentes, así como también con los maestros de las escuelas, con el propósito de darles orientación, información y también para sensibilizarlos con respecto al tema del suicidio, donde su problemática es compleja y que en la actualidad con lo que respecta a México va en aumento; teniéndose que ver como un fenómeno de carácter multifactorial.

Esta investigación, fue un estudio longitudinal con mediciones en solo dos tiempos, por lo que se sugiere llevar a cabo investigaciones longitudinales a largo plazo. Donde su característica distintiva principal es que la atención se centra en una población; recolectándose

datos en varios puntos en el tiempo (anualmente), examinándose la evolución de los adolescentes escolares que se encuentran en riesgo suicida y buscando los factores de aquellos adolescentes que ya no se encuentran en dicho riesgo y al mismo tiempo midiéndose las variables o las relaciones entre estas (Hernández et al., 2003).

Siguiendo la misma línea, también se sugiere crear grupos de intervención para aquellos adolescentes en riesgo, detectados por los instrumentos y las respectivas evaluaciones. Al mismo tiempo crear programas de prevención del suicidio enfocándose en fomentar factores protectores contra el suicidio adolescente llevándose a cabo por equipos profesionales ajenos a la institución educativa contando con el apoyo de los que ahí laboran, más no con el contacto o participación directa de éstos alejándolos de cualquier amenaza hacia la confidencialidad.

Referencias

Adam, E., Mazza, J., Herting, J., Randell, B. & Eggert, L. (2005). The mediating role of anxiety, depression, and hopelessness on adolescent Suicidal Behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35 (1), 14-34.

Anteghini, M., Fonseca, H., Ireland, M. & Blum, R. (2001) Health risk behaviors and associated risk and protective factors among brazilian adolescents in Santos, Brazil. *Journal of Adolescent Health*, 28, 295-302

Borges, G., Anthony, J. & Garrison, C. (1995). Methodological issues relevant to epidemiologic investigation of suicidal behaviors of adolescents. *Epidemiologic Reviews*, 17, 228-239.

Borges, G., Rosovsky, H., Gómez, C. y Gutiérrez, R. (1994). Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991. *Instituto Mexicano de Psiquiatría, Anales* 5: 15-21.

Brent, D., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T. & Chiappetta, L. (1999). Age and sex-related risk factors for adolescent suicide. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (12), 1497-1505.

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

Brown, W. (2004). Resiliency and mentoring factor. *Reclaiming Children and Youth*, 13 (2), 75-79.

Cho, H., Dion, D. & Iritani, B. (en prensa). Early initiation of substance use and subsequent risk factors related to suicide among urban high school students. *Addictive Behaviors*.

Cohen, E., Wyman, P. Work, W. & Parker, G. (1990). The Rochester Child Resilience Project: Overview and summary of first year findings; *Development and Psychopathology*, 2, 193-212.

Coleman, J., Hendry, L. & Kloep, M. (2007). *Adolescence and health*. England: Wiley

Compas, B. E., Hinden, B. R. & Gerhardt, C. A. (1995). Adolescent development: Pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 46, 265-293.

Corral, A., Crespo, I., Doménech, E., Font-Mayola, S., Lalueza, J., Larabarru, I., et al. (2003). *Los adolescentes en el siglo XXI*. Barcelona: Editorial UOC.

Dervic, K., Oqendo, M., Grunebaum, M., Ellis, S., Burke, A. & Mann, J. (2004). Religious affiliation and suicide attempt. *The American Journal of Psychiatry*, 161 (12), 2303-2308.

Durkheim, E. (1897/2002). *El suicidio*. México: Ediciones Coyoacán.

Eisenberg, M. & Resnick, M. (2006). Suicidality among gay, lesbian and bisexual youth: The role of protective factors. *Journal of Adolescent Health*, 39 (5) 662-668.

Ellison, C., Burr, J. & McCall, P. (1997). Religious homogeneity and metropolitan suicide rates. *Social Forces*, 76 (1), 273-295.

Evans, W., Owens, P. & Marsh, S. (2005). Environmental factors, locus of control, and adolescent suicide risk. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 22, 301-319.

Everall, R., Altrows, J. & Paulson, B. (2006). Creating a future: A study of resilience in suicidal female adolescents. *Journal of Counseling and Development*, 84, 461-470.

Feinberg, M., Ridenour, T. & Greenberg, M. (en prensa). Aggregating indices of risk and protection for adolescent behavior problems: Communities that care youth survey. *Journal of*

Adolescent Health.

Fergusson, D., Beautrais, A. & Horwood, L. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Cambridge University Press*, 33 (1), 61-73.

Forns, M. (2006). *Resiliencia en la Adolescencia*. Manuscrito no publicado, Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Psicología.

Garnezy N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. *Recent research in developmental psychopathology: Journal of Child Psychology and Psychiatry Book*. Stevenson J.E. Supplement 4, (pp. 213-233). Oxford: Pergamon Press.

Gobbi, S. (1993). *Adolescencia y adicción: a cerca de la elección de la droga*. Argentina: Homo Sapiens

Gomez, R. & McLaren, S. (2006). The association of avoidance coping style, and perceived mother and father support with anxiety/depression among late adolescents: applicability of resilience models. *Personality and Individual Differences*, 40, 1165-1176.

González-Forteza, C., Berenzon y S. Jiménez, A. (1999). Al borde de la muerte: problemática suicida en adolescentes. *Salud mental*, 22.

Gonzalez-Forteza, C., Borges, G., Gómez, C. y Jiménez, A. (1996). Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. *Salud mental*, 5 (19 sup), 33-37.

Gould, M., King, R. & Greenwald, S. (1998). Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, S/5-323.

Gould, M., Greenberg, T., Velting, D. & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 386-405.

Gutiérrez, P. (2006). Integratively assessing risk and protective factors for adolescent suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (2), 129-135.

Harrod, N. & Scheer, S. (2005). An exploration of adolescence emotional intelligence in relation to demographic characteristics. *Adolescence*, 40 (159), 503-512.

Helsen, M, Vollebergh, W. & Meeus, W. (2000). Social support from parents and friends and emotional problem in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 29 (3), 319-335.

Henrich, C., Brookmeyer, K. & Shahar, G. (2005). Weapon violence in adolescence: Parent and school connectedness as protective factors. *Journal of Adolescence Health*, 37, 306-312.

Hernández, Q. y Lucio, E. (2003). *Inventario de riesgo suicida para adolescentes IRIS*. México: Publicación para Investigación.

Hernández, Q. y Lucio, E. (2006). Evaluación del Riesgo Suicida y Estrés Asociado en Adolescentes Estudiantes Mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23 (1), 45-52.

Hernández, Q. (2007). *Estrategias de Intervención para Adolescentes en Riesgo Suicida*. Disertación doctoral no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Psicología.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill/ Interamericana.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación* (3ª. ed.). México: McGraw Hill.

INEGI (2005). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Recuperado el 27 de marzo de 2007, de http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/español/biblioteca/default.asp?accion=2&upc=70282500108&seccionB=bd.

INEGI (2006). *Mujeres y hombres en México 2006*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Recuperado el 29 de marzo de 2007, de http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/español/biblioteca/default.asp?accion=2&upc=702825494247&seccionB=bd

Jacobs, D. (Ed.), Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention. (1999). *The Guidelines for Identification, Assessment, and Treatment Planning for Suicidality*. Apéndice 579-591. Estados Unidos: Jossey-Bass. Traducido por Quetzalcóatl Hernández.

Kidd, S., Henrich, C., Brookmeyer, K., Davidson, L., King, R. & Shahar, G. (2006). The Social Context of Adolescent Suicide Attempts: Interactive Effects of Parent, Peer, and School Social Relations. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (4), 386-395.

Lucio, E., Loza, G. y Durán, C. (2000). Los Sucesos de Vida Estresantes y la Personalidad de Adolescentes con Intento Suicida. *Psicología Contemporánea*, 7 (7), 58-65.

Lucio, E. y Durán, C. (2003). *Sucesos de Vida*. México: Manual Moderno.

Lucio, E., Barcelata, B. y Durán, C. (2007). *Inventario Autodescriptivo del Adolescente*. Manuscrito en preparación, Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Psicología.

Lucio, E., Durán, C., Barcelata, B., León, Ivonne y Hernández, Q. (2007). *Información sociodemográfica: forma para adolescentes*. Manuscrito en preparación, Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Psicología.

Loza, G. y Lucio, E. (1995). *Estudio de las características del paciente con conductas suicidas, usuario del sistema de apoyo psicológico por teléfono (SAPTEL)*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Psicología.

Loza G., Lucio, E. y Durán, C. (1998). Comparación entre la personalidad del adolescente con intento de suicida y sin intento suicida. *La Psicología Social en México*, 7, 80-85.

Luthar, S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. En Cicchetti, D. & Cohen, D. J. (Eds.). *Developmental Psychopathology: Risk, disorder, and adaptation*, (pp. 739-795). New York: Wiley.

Melillo, A. (2004). Realidad social, psicoanálisis y resiliencia. En: Melillo, A., Nestor, E. y Rodríguez, D. (Eds.), *Resiliencia y Subjetividad: los ciclos de la vida* (pp.63-76) Buenos Aires: Paidós.

O'Carroll, P., Bernana, A., Maris, R. Moscicki, E., Tanney, B. & Silverman, M. (1994). Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 237-252.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Recuperado en 29 de marzo de 2007, de http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf

Pilowsky, D., Zybert, P. & Vlahov, D. (2004). Resilient children of injection drug users. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (11), 1372-1379.

Portzky, G., Audenaert, K. & Heeringen, K. (2005). Suicide among adolescents. *Social Psychiatry*, 40, 922-930.

Puentes, M. (2004). *Tu droga, mi droga, nuestra droga: como entender y que hacer frente a la problemática de la drogadicción*. Buenos Aires: Lugar.

Raven, J. C., Court, J. y Raven, J. (1993). *Test de Matrices Progresivas Manual*. Argentina: Paidós.

Rew, L. (2005). *Adolescent health: A multidisciplinary approach to theory, research and intervention*. U.S.A.: Sage Publication

Rice, F. (2000). *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.

Rivera, M. E. (2007). *Mensajes audiovisuales para la promoción de la salud y la prevención del suicidio en los adolescentes*. Disertación doctoral no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Psicología.

Rotheram-Borus, M.J. (1993). Suicidal behavior and risk factors among runaway youths. *American Journal of Psychiatry*, 150, 103-107.

Rutter, P. & Behrendt, A. (2004). Adolescent suicide risk: Four psychosocial factors. *Adolescence*, 39 (154), 295-301.

Santrock, J. (2004). *Adolescencia: psicología del desarrollo*. España: MacGraw-Hill.

Shaffer, D. & Pfeffer, C., Work Group on Quality Issues: Brent, W., Chair; (2001). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (7), Supp July, 24S-51S.

Silverman, M., Berman, A., Sanddal, N., O'Carroll, P. & Joiner, T. (2007). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part1: Background, rationale and methodology. *The American Association of Suicidology*, 37 (3), 248-263.

Stronski, S., Ireland, M., Michaud, P., Narring, F. & Resnick, M. (2000). Protective correlates of stages in adolescent substance abuse: A Swiss national study. *Journal of Adolescent*

Health, 26, 420-427.

Svetaz, M., Ireland, M. & Blum, R. (2000). Adolescents with learning disabilities: Risk and protective factors associated with emotional well-being: Findings from the national longitudinal study of adolescent health. *Journal of Adolescent Health*, 27 (5), 340-348.

Tiet, Q., Bird, H., Davies, M., Hoven, C., Cohen, P., Jensen, P., et al. (1998). Adverse life events and resilience. *American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 37 (11), 1191-1200.

Thompson, M., Kingree, J. & Ho, C. (2006). Association between delinquency and suicidal behaviors in a nationally representative sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (1), 57-64.

Ungar, M., Lee, A., Tara, C. & Boothroyd, R. (2005). An international collaboration to study resilience in adolescents across cultures. *Journal of Social Work Research and Evaluation*, 6 (1), 5-22.

Vinet, E. y Alarcón, P. (2003). El inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI) en la evaluación de adolescentes chilenos, adaptación a Chile. *Departamento de Psicología Universidad de la Frontera*, 12 (4), 35-55.

Anexo

ENTREVISTA

1. ¿Qué es lo más importante que te ha pasado en los últimos 2 años?
2. ¿En estos últimos 2 años has tenido problemas en la escuela?
 - ¿Alguien de tus compañeros ha tenido problemas en la escuela?
3. ¿Alguna vez en estos 2 últimos años alguien te ha ofrecido droga?
4. Platícame de tu familia
5. ¿Cómo te llevas con tu familia?
6. ¿Tú qué opinas del suicidio?
7. ¿Qué actividades te gusta hacer en tu tiempo libre?

Preguntas de contención:

1. ¿Cuáles han sido los cambios más importantes que has tenido desde que entraste a la secundaria?
2. ¿Qué es lo peor y lo mejor que te ha sucedido en estos últimos 2 años?
 - a. ¿Qué aprendiste?
 - b. ¿Cómo te sentiste?
 - c. ¿A quién acudiste?
3. ¿Alguien más te ha dicho que has cambiado últimamente?