



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

**RIESGO SUICIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN CLÍNICA EN
NIÑOS Y ADOLESCENTES**

P R E S E N T A

FÁTIMA ARAIZ SALINAS GONZÁLEZ

DIRECTORA: DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GÓMEZ- MAQUEO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ: DRA. EDITH ROMERO GODÍNEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MTRA. BEATRIZ ALEJANDRA MACOUZET MENÉNDEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MTRO. SALVADOR CHAVARRÍA LUNA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

Dedico mi vida, mis logros y mis futuros proyectos, a mi guerrero invencible, a mi ángel, a mi hijo quien me convirtió en una mejor persona, quien me enseñó el verdadero significado de la fe y de la fortaleza desde el día en que nació. Me encanta ser tu mamá; verte sonreír, descubrir e imaginar es mi mejor aliente. Te amo al infinito y más allá MATEO.

A mis padres por hacerme una niña feliz, por enseñarme tantas cosas, que se van entendiendo con el tiempo. Los amo infinitamente.

A mi esposo que está siempre pendiente de mí, que aunque a veces no entienda lo que le digo, yo sé que te esfuerzas por hacerlo, por ser mi amigo y sacarme siempre una sonrisa. Gracias por apoyarme en esta aventura, de la que creía no saldría completa, y creer siempre en mis capacidades para superar las adversidades. Te amo por siempre.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma de México, por la gran oportunidad de ser parte de una de las mejores instituciones del país, fue un sueño hecho realidad. A la Facultad de Psicología por los conocimientos otorgados a lo largo de la especialidad.

Mi más grande agradecimiento y admiración a la Dra. Emilia Lucio Gómez- Maqueo, por hacerme parte de su proyecto, de los conocimientos adquiridos, y de sembrar en mí el interés por la investigación. Gracias por enseñarme a amar mi profesión.

A la Mtra. Consuelo Durán Patiño, mi más sincero agradecimiento por el apoyo otorgado en la realización de mi tesis y compartir siempre su conocimiento. Gracias por transmitirme paz y fortaleza, cuando más lo necesitaba. Agradezco enormemente sus palabras.

A la Dra. Edith Romero Godínez y a la Mtra. Beatriz Macouzet Menéndez, por siempre otorgarme tiempo para comprender y mejorar mi trabajo, Gracias por compartirme su conocimiento adquirido a lo largo de su carrera académica, de forma amable y disponible.

Al Proyecto PAPIIT IN 303516 “Indicadores para el desarrollo de un modelo de evaluación para niños y adolescentes con base en el estrés, el afrontamiento y la psicopatología” por el apoyo a lo largo de esta investigación y ser posible su culminación.

Y a todas y todos mis compañeros del cubículo que hicieron siempre más feliz mi trabajo, Gracias por su compañía y consejos. Y a una amiga más que hice en el camino, gracias por compartirme y hacerme parte de tu vida, fuimos un gran equipo de trabajo; espero que la vida te siga sorprendiendo mi querida Gaby.

Índice

Resumen.....	1
Abstrac.....	2
Introducción.....	3
CAPÍTULO I. ADOLESCENCIA.....	5
1.1 Definición.....	5
1.2 Patología normal del adolescente.....	9
1.2.1 Búsqueda de sí mismo y de la identidad.....	9
1.2.2 La tendencia grupal.....	10
1.2.3 Necesidad de intelectualizar y fantasear.....	11
1.2.4 Las crisis religiosas.....	12
1.2.5 Desubicación temporal.....	13
1.2.6 La evolución sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad.....	13
1.2.7 Actitud social reivindicatoria.....	14
1.2.8 Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta.....	15
1.2.9 Separación progresiva de los padres.....	16
1.2.10 Constantes fluctuaciones de humor y del estado de ánimo.....	17
1.3 Categorización de la adolescencia según Peter Blos.....	17
1.4 Adolescencia y psicopatología.....	19
1.5 Adolescencia Temprana.....	26
1.5.1 Cambios en el pensamiento adolescente.....	31
1.6 La familia del adolescente.....	34
1.6.1 Teorías sobre la familia.....	35

CAPÍTULO 2. SUICIDIO.....	43
2.1 Definición.....	44
2.2 Epidemiología.....	49
2.3 Manifestaciones del comportamiento suicida en la adolescencia.....	54
2.4 Riesgo Suicida	69
2.4.1 Factores de riesgo.....	76
2.4.2 Factores de protección.....	83
 CAPÍTULO 3. AFRONTAMIENTO.....	 88
3.1 Definición.....	88
3.2 Afrontamiento en la adolescencia.....	100
3.3 Afrontamiento y suicidio en la adolescencia.....	109
 CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA.....	 112
4.1 Planteamiento del problema y Justificación.....	112
4.2 Objetivos.....	114
4.2.1 Objetivo general.....	114
4.2.2 Objetivos específicos.....	114
4.3 Preguntas de investigación.....	114
4.4 Hipótesis.....	115
4.5 Variables.....	115
4.6 Tipo de estudio	118
4.7 Diseño.....	118
4.8 Participantes.....	119
4.8.1 criterios de inclusión.....	119
4.8.2 criterios de exclusión.....	120
4.9 Instrumentos.....	120
4.9.1 Ficha de datos sociodemográficos.....	120
4.9.2 El Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes IRIS-A.	120
4.9.3 Escala de afrontamiento para adolescentes Mexicanos (EA-A).	124

4.9.4 Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A)	127
4.10 Procedimiento.....	129
4.11 Análisis de datos.....	130
CAPÍTULO 5. RESULTADOS.....	131
5.1 Características demográficas de la muestra.....	131
5.2 Distribución de la muestra con riesgo suicida y sin riesgo suicida.....	140
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN.....	145
Conclusiones.....	151
Limitaciones.....	154
Sugerencias.....	154
Referencias.....	156

RESUMEN

El objetivo principal de la presente investigación fue analizar la relación entre el Riesgo suicida y las estrategias de afrontamiento; en segundo lugar conocer las diferencias entre los adolescentes con riesgo suicida y sin riesgo suicida, con respecto a las estrategias de afrontamiento y finalmente analizar la relación entre riesgo suicida y los Problemas familiares en la adolescencia temprana; para lo cual se realizó un estudio de tipo descriptivo comparativo, transversal. Participaron 102 adolescentes de entre 12 y 14 años de primero y segundo grado, de una secundaria pública de la Ciudad de México. Se emplearon la Ficha de datos sociodemográficos (Lucio, Durán, León & Hernández, 2003) para describir las características de la muestra. El Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes IRIS-A (2003) por Quetzalcóatl Hernández Cervantes y Emilia Lucio Gómez-Maqueo; la Escala de afrontamiento para adolescentes Mexicanos (EA-A, Lucio, Durán y Heredia, 2011) y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes, MMPI-A versión en español para México, traducción y adaptación: Emilia Lucio Gómez-Maqueo con la colaboración de Amada Ampudia Rueda y Consuelo Durán Patiño. Los resultados obtenidos indicaron que en el grupo con riesgo suicida, el 76% son mujeres. En cuanto a la relación entre riesgo suicida y las estrategias de afrontamiento, éstas indicaron que entre más se emplean estrategias de afrontamiento funcionales en la muestra de adolescentes, el riesgo suicida disminuye y cuando se emplean estrategias de afrontamiento disfuncionales, el riesgo suicida es mayor. En relación al análisis de riesgo suicida y problemas familiares, no se hallaron correlaciones. Lo que se observó fue la necesidad de obtener datos más precisos a través de una entrevista para los padres y los adolescentes, durante el proceso de la aplicación de instrumentos. Sin embargo, se observó que el afrontamiento como un proceso complejo, requiere de un análisis que implique el estudio de diferentes factores, como la familia, por ser una fuente importante de modelamiento de procesos adaptativos (Barcelata & Gómez-Maqueo, 2012).

Palabras clave: adolescencia temprana, riesgo suicida, estrategias de afrontamiento, problemas familiares.

ABSTRACT

The main objective of this research was to analyze the relationship between suicide risk and coping strategies; secondly to know the differences between the adolescents with suicide risk and suicide risk with respect to the coping strategies and finally to analyze the relationship between suicide risk and family problems in early adolescence; for which a comparative descriptive cross-sectional study was conducted. Participants were 102 adolescents between 12 and 15 years of age of first and second grade, from a public high school in Mexico City. A demographic form data (Lucio, Duran, León & Hernández, 2003) was used to describe the characteristics of the sample. In order to assess suicide risk the Suicide Risk Inventory for Teens IRIS-A (Hernández & Lucio, 2003) was administered to the youngster. The coping scale for Mexican adolescents (EA-A), by Lucio G, Duran & Cristina Heredia (2011) was also used, and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory for Adolescents, MMPI-A. Translation and adaptation for Mexico by Emilia Lucio Gomez-Maqueo with the collaboration of Amada Ampudia Rueda and Consuelo Durán Patiño was administered to assess family problems. The results obtained indicate that in the group with suicide risk, 76% are women. With regard to the relationship between suicide risk and coping strategies, it indicated that as coping strategies are more functional in the sample of adolescents, the suicidal risk decreases and when dysfunctional coping strategies are used, the suicidal risk is greater. And in relation to the analysis of suicide risk and family problems, no correlations were found. It is necessary to obtain more precise data through an interview, for example, for parents and adolescents, during the process of the administration of instruments. However, it is noted that coping as a complex process, requires an analysis that involves the study of different factors, such as the family, which is an important source of modeling of adaptive processes (Barcelata & Gómez-Maqueo, 2012).

Keywords: Early adolescence, suicide risk, coping strategies, family problems.

INTRODUCCIÓN

Los suicidios se han convertido alrededor del mundo en un problema de salud, de acuerdo con las estadísticas de mortalidad, por lo que su estudio en diferentes sectores de la población, así como la relación con otras variables (social, psicológica, personal, etc.) es relevante, para contrarrestar el incremento en las estadísticas nacionales e internacionales, por medio de acciones preventivas.

En México se registraron 5,909 suicidios, que representan el 1% del total de muertes registradas, y presentando una tasa de cerca de cinco por cada 100 mil habitantes (INEGI, 2015). Según datos recientes del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2016) señalan que del 2000 al 2014, la tasa de suicidios aumentó 48% al pasar de 3.5 a 5.2 por cada 100, 000 habitantes; colocándose como la décima cuarta causa de muerte. El 40.2% de los suicidios en el 2014, eran jóvenes de 15 a 29 años. 7.9 suicidios por cada 100.000 jóvenes.

El suicidio en nuestro país es la tercera causa de muerte entre los adolescentes; la primera son los accidentes automovilísticos y la segunda el homicidio (violencia domestica) (INEGI, 2016).

La adolescencia es una de las transiciones que involucra más cambios corporales, psicológicos y sociales, que otras etapas de vida. Este desarrollo se enmarca en un contexto familiar y social, que se ve influenciado por una dinámica de interdependencia adolescente-medio ambiente que puede generar estrés. En esta investigación, la adolescencia es considerada como una etapa de transición que contempla un tiempo de vulnerabilidad y estrés, pero también de cambio y crecimiento positivo, mediante el uso de sus recursos personales (Coleman & Hagell, 2007).

La manera en la que el adolescente usa sus recursos de afrontamiento adecuadamente puede ser un factor importante en su desarrollo de forma positiva. El afrontamiento constituye un fenómeno ampliamente estudiado desde la disciplina psicológica, identificándose como una importante variable mediadora de la adaptación del individuo a eventos estresantes en su vida diaria.

Para Frydenberg (1997) la razón principal para realizar investigación en afrontamiento es que las acciones frente al estrés y los recursos que un individuo tiene para manejarlo determinan en gran parte el proceso de aprendizaje, el desarrollo del individuo y por consiguiente la calidad de vida. Por este motivo se considera al proceso de afrontamiento como un factor en el desarrollo socio-emocional de una persona.

El objetivo principal de la presente investigación fue: Identificar la relación entre el nivel de riesgo suicida, las estrategias de afrontamiento y los problemas familiares en una muestra de adolescentes tempranos.

En la primera parte de la tesis se presenta el marco teórico, el cual se encuentra organizado de la siguiente manera: Capítulo 1. Adolescencia, Capítulo 2. Suicidio y Capítulo 3. Afrontamiento, donde se desarrollan cada uno de estos temas. En el siguiente apartado sobre la Metodología, se encuentra el planteamiento del problema, la justificación, la pregunta de investigación, los objetivos, así como la descripción de los instrumentos empleados. Y finalmente en el capítulo 5 y 6 los resultados y discusión de la presente investigación.

CAPÍTULO I

ADOLESCENCIA

En este capítulo se revisarán las aportaciones de diferentes autores sobre la adolescencia, con la finalidad de comprender esta etapa del desarrollo y su contexto actualmente; pertinentes para el presente trabajo de investigación.

1.1 Definición

La adolescencia, como una etapa del desarrollo del ser humano abarca por lo general el periodo comprendido de los 11 a los 20 años, en el cual el sujeto alcanza la madurez biológica y sexual; y se busca alcanzar la madurez emocional y social (Papalia et. al., 2001) a su vez la persona asume responsabilidades en la sociedad y conductas propias del grupo que le rodea (Aberastury & Knobel, 1997) por lo anterior, cuando se habla del concepto, se refiere a un proceso de adaptación más complejo que el simple nivel biológico, e incluye niveles de tipo cognitivo, conductual, social y cultural.

Literalmente, adolescencia (latín, adolescencia, *ad*: a, hacia + *olescere*: forma incoativa de *olere*, crecer) significa la condición o el proceso de crecimiento (Aberastury, 1997, p.158).

El vocablo adolescencia procede del verbo latino *adolescere*, que significa crecer, desarrollarse. La adolescencia es una etapa de la vida cuyo elemento característico es la aparición de cambios biológicos, tanto morfológicos como funcionales. Los primeros están relacionados directamente con el crecimiento glandular; las gónadas inician su funcionamiento dando al individuo una nueva fisonomía corporal, sexual y emocional. Las metas de la niñez y de la latencia son más bien receptivas, pues consisten en tener una actitud de recibir lo necesario, sin otro compromiso que cumplir afectiva y escolarmente. En la adolescencia, las metas son más bien activas; es decir, buscan satisfacer las pulsiones con nuevas metas y nuevas personas (González & Nahoul, 2007).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) la adolescencia, es la etapa que transcurre entre los 10 a 19 años contemplándose dos fases, adolescencia temprana que abarca de los 10 a 14 años y adolescencia tardía que va de los 15 a 19 años. La define como el periodo en el cual el individuo progresa desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios hasta la madurez sexual siendo de gran importancia para el ciclo vital en donde los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzando la madurez sexual y elaborando su identidad y su proyecto de vida.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2009) define a la adolescencia como una época de cambios, que trae consigo enormes variaciones físicas y emocionales, transformando al niño en adulto. En la adolescencia se define la personalidad, se construye la independencia y se fortalece la autoafirmación. La persona joven rompe con la seguridad de lo infantil, corta con sus comportamientos y valores de la niñez y comienza a construirse un mundo nuevo y propio. Para lograr esto, el adolescente todavía necesita apoyo: de la familia, la escuela y la sociedad, pues la adolescencia sigue siendo una fase de aprendizaje.

Erikson centra su análisis del periodo de la adolescencia en el concepto de identidad. Define la identidad como compuesta por la herencia genética junto con un modo particular de organizar la experiencia que, a su vez, está estructurado por un contexto cultural dado. Esa identidad es, a la vez consciente e inconsciente y confiere un sentido de continuidad. La identidad evoluciona durante la infancia mediante los procesos de introyección (interiorización de las personalidades de otros individuos significativos) e identificación (asimilación de los roles y valores de los otros). La identidad personal depende también de la forma de responder a la sociedad. La formación de la identidad se produce cuando el adolescente selecciona entre las diversas introyecciones e identificaciones y alcanza una nueva síntesis. Esta formación de la identidad continúa a lo largo de la vida del individuo (Doula & Ayers, 2002).

Destaca ocho fases de desarrollo, cada una de las cuales son conflictivas y tiene la posibilidad de alcanzar dos resultados bipolares opuestos. Los individuos experimentan las posibilidades conflictivas y si resuelven esos conflictos, se crea un

autoconcepto positivo. Sin embargo, si el conflicto persiste o no se resuelve, se incorpora a la identidad de la persona un elemento diatónico o negativo, que conduce a un autoconcepto negativo y a problemas psicológicos. No obstante, afirma que, para que se dé una adaptación personal satisfactoria, son necesarios tanto los elementos sintónicos (positivos) como los distónicos (Doula & Ayers, 2002).

Los problemas de identidad nunca se resuelven por completo y pueden verse afectados por los cambios de rol y los acontecimientos importantes de la vida, dependiendo de las cambiantes necesidades y circunstancias. La formación óptima de la identidad debe incluir un compromiso con los roles, los valores y la orientación sexual que reflejen las capacidades y necesidades particulares del individuo. Erikson afirma que la quinta etapa es la que caracteriza el periodo de la adolescencia, es la etapa de la identidad frente a la confusión de roles. El individuo se enfrenta con la tarea de lograr una síntesis trascendiendo las identificaciones infantiles y adoptando los roles sociales previstos. Debe lograr un equilibrio entre los resultados bipolares de manera que pueda adaptarse a su entorno. Antes de esta quinta etapa, la persona adolescente habrá atravesado otras cuatro etapas necesarias: Confianza frente a desconfianza, Autonomía frente a la vergüenza y duda, Iniciativa frente a culpabilidad y Laboriosidad frente a inferioridad (Doula & Ayers, 2002).

La adolescencia es el periodo en el que los individuos deben formar su identidad personal y evitar la difusión del rol y la confusión de la identidad. El adolescente debe afrontar una serie de cuestiones relativas a su identidad: “¿De dónde procedo?”, “¿Quién soy yo?”, “¿Qué quiero ser?”. El objetivo consiste en lograr una síntesis integrada del pasado, el presente y el futuro que, juntos, contribuyen a su identidad. Esta identidad es también el producto de la interacción recíproca entre el individuo y otras personas significativas para él, es decir, el grupo de compañeros y los modelos de rol. El adolescente necesita también aceptar sus cambios físicos y el deseo sexual. Si la identidad personal no está bien formada, corre el riesgo de caer en la delincuencia y en problemas psicológicos (Doula & Ayers, 2002).

Pérez (2002) menciona que la adolescencia, con independencia de las influencias sociales, culturales y étnicas, se caracteriza por eventos universales entre los que se destacan:

- El crecimiento corporal evidenciable en el aumento de peso, estatura y los cambios en las formas y dimensiones corporales.
- El aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más marcada en el varón, acompañado de un incremento de la capacidad de transportación de oxígeno, de los mecanismos amortiguadores de la sangre capaces de neutralizar de manera más eficiente los productos químicos derivados de la actividad muscular.
- Incremento y maduración de los pulmones y el corazón, con un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.
- Incremento de la velocidad de crecimiento, los cambios en las formas y dimensiones corporales, los procesos endocrino metabólicos y la correspondiente maduración, no siempre ocurren de forma armónica, por lo que es común que presenten torpeza motora e incoordinación, fatiga fácil, trastornos del sueño, los que pueden generar trastornos emocionales y conductuales transitorios.
- Desarrollo y maduración sexual, con la aparición de las características sexuales secundarias y el inicio de la capacidad reproductiva
- Los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos que en mayor o menor grado estarán presentes durante esta etapa de la vida y que pueden resumirse de la siguiente manera: búsqueda de sí mismo y de su identidad, necesidad de independencia, tendencia grupal, evolución del pensamiento concreto al abstracto, manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual, relaciones conflictivas con los padres que fluctúan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos, actividad social reivindicativa, tornándose más analíticos, con pensamientos simbólicos, en los que formulan sus propias hipótesis y llegan a conclusiones propias, eligen una ocupación para la que necesitarán adiestramiento y capacitación para llevarla a la

práctica, necesidad de asumir un nuevo rol social como partícipe de una cultura o subcultura específica.

1.2 Patología normal del adolescente

Por otro lado Aberastury y Knobel (1997) se refieren a la adolescencia como aquella etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objétales – parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que solo es posible si se hace el duelo por la personalidad infantil. Según estos autores se puede hablar de una patología normal del adolescente, ya que la estabilización de la personalidad no se logra sin pasar por un cierto grado de conducta patológica, que es inherente a la evolución normal de esta etapa de la vida.

Según Aberastury y Knobel (1997) los adolescentes atraviesan normalmente por desequilibrios e inestabilidades extremas de los cuales se defienden y manifiestan en conductas también extremas, por lo que describe una patología normal del adolescente, siendo sus características: búsqueda de sí mismo y de la identidad, tendencia grupal, necesidad de intelectualizar y fantasear, crisis religiosa, desubicación temporal, desarrollo sexual, actitud social reivindicatoria, contradicciones sucesivas de la conducta, separación progresiva de los padres y fluctuaciones del humor. A continuación se hace una breve explicación de cada una de ellas.

1.2.1 Búsqueda de sí mismo y de la identidad

La identidad es una característica de cada momento evolutivo, que en la adolescencia adquiere características especiales. Aberastury y Knobel (1997) afirman:

La consecuencia final de la adolescencia sería un conocimiento del sí mismo como entidad biológica en el mundo, el todo biopsicosocial de cada ser en ese momento de la vida. Al concepto de „Self“ como entidad psicológica, se une el conocimiento del substrato físico y biológico de la personalidad. El cuerpo y el esquema corporal son dos variables

íntimamente interrelacionadas que no deben desconocerse en la ecuación del proceso de definición del sí mismo y de la identidad (p.47-48).

En la adolescencia se da un conocimiento del cuerpo y del esquema corporal. El esquema corporal "es la representación mental del propio cuerpo, como consecuencia de sus experiencias en continua evolución" (Aberastury & Knobel, 1997, p. 49). En este momento se produce un duelo por la pérdida del cuerpo infantil, el adolescente se siente extraño, desconforme e insatisfecho con este nuevo cuerpo. La búsqueda de sí mismo, está relacionada en parte con el logro de un "autoconcepto", el cual se va desarrollando a medida que el sujeto va cambiando y se va integrando con las concepciones que muchas personas, grupos e instituciones tienen del mismo, y va incorporando valores del ambiente social. Es decir que el autoconcepto se va construyendo en esa interacción con el ambiente y el autoconocimiento.

La búsqueda incesante de una identidad adulta es angustiante; y las fuerzas necesarias para superar estos microduelos, así como los duelos aún mayores de la vida diaria, se obtienen de las primeras figuras introyectadas que forman la base del yo y del superyó, de este mundo interno del ser (Aberastury & Knobel, 1997).

La identidad es la mismidad y continuidad del Yo frente a los cambios. Es un proceso que va preservando algunos rasgos esenciales a lo largo de la vida.

1.2.2 La tendencia grupal

Se pueden citar tipos o aspectos de Identidad Adolescente señalados por Knobel, entre ellos: Identificaciones masivas, con el grupo de pares, la moda, etc. Identidad negativa, basada en identificaciones con figuras negativas pero reales. Es preferible ser alguien aunque sea perverso o indeseable, a no ser nada. Pseudoidentidad, expresiones manifiestas de lo que se quisiera ser o pudiera ser y que ocultan la identidad latente, la verdadera. Estas identidades pueden ser adaptadas sucesiva y simultáneamente según las circunstancias. Identidades transitorias o pasajeras, son las adoptadas durante un cierto período de tiempo. Identidades ocasionales, que se dan ante situaciones nuevas, como por ejemplo; El primer

encuentro con la pareja. Identidades circunstanciales, son parciales, confunden al adulto con cambios en la conducta de un mismo adolescente que recurre a este tipo de identidad. Por ejemplo, el adolescente se comporta de diferente manera en la casa que en una reunión con amigos (Aberastury & Knobel, 1997).

Este tipo de "identidades" son adoptadas sucesiva o simultáneamente por los adolescentes, según las circunstancias. Son aspectos de la identidad adolescente según este autor, que se relacionan con el proceso de separación de las figuras parentales, con aceptación de una identidad independiente. La identidad adolescente, se manifiesta en la búsqueda de la identidad vocacional u ocupacional, la afirmación de la identidad sexual y la formación de la identidad personal. Todas ellas lo llevarán a encontrarse consigo mismo, qué es lo que desea para su vida e iniciar así una separación necesaria de sus padres para que se inicie su propio proceso de individuación.

A veces el proceso de la identificación masiva es tan intenso que la separación del grupo parece casi imposible y pertenece más a este grupo que a la familia. El grupo constituye la transición necesaria para lograr la individuación adulta.

1.2.3 Necesidad de intelectualizar y fantasear

"La necesidad de intelectualizar y fantasear se da como una de las formas típicas del pensamiento adolescente" (Aberastury & Knobel, 1997, p. 63).

Estos autores consideran la intelectualización y la fantasía como mecanismos defensivos en su expresión fenoménica. Así como también explican que la realidad que se le impone al adolescente mostrándole la necesidad de renunciar al cuerpo, al rol y a los padres de la infancia, así como a la bisexualidad que acompañaba a la identidad infantil, enfrenta al adolescente con una vivencia de fracaso o de impotencia frente a la realidad externa. Esto obliga también al adolescente a recurrir al pensamiento para compensar las pérdidas que ocurren dentro de sí mismo y que no puede evitar. Por lo que recurre a las fantasías y la intelectualización, estas son necesarias para el adolescente, puesto que lo ayuda hacer frente a situaciones dolorosas (pérdidas (Aberastury & Knobel, 1997).

Estos autores afirman que frente a la frustración del desajuste con el mundo externo y los duelos internos por los elementos de una infancia que se pierde, el adolescente busca un refugio interior muy característico. Knobel cita a Aberastury (1988) quien señala que sólo teniendo una relación adecuada con objetos internos buenos y también con experiencias externas no demasiado negativas, se puede llegar a cristalizar una personalidad satisfactoria (Aberastury, 1997).

Este refugio interno permite una especie de reajuste emocional, donde se incrementa la intelectualización, se ensaya la reflexión y la formación de teorías que ayudan a incrementar la sensación de control sobre ese mundo exterior agobiante y desafiante. Es característica en el adolescente la producción de poemas, versos y actividades literarias donde se expresan estas reflexiones y además ayudan a incrementar la sensación de control de sus pensamientos y emociones, llevadas al papel.

1.2.4 Las crisis religiosas

“Se observa que el adolescente puede manifestarse como un ateo exacerbado o como un místico muy fervoroso, como situaciones extremas.” (Aberastury & Knobel, 1997, p. 66).

Esto nos explica como el adolescente puede llegar a tener necesidad de hacer identificaciones proyectivas con imágenes muy idealizadas, que le aseguren la continuidad de la existencia de sí mismo y de sus padres infantiles (Aberastury & Knobel, 1997, p.67).

“... el refugiarse en una actitud nihilista, como una aparente culminación de un proceso de ateísmo reivindicatorio, puede también ser una actitud compensadora y defensiva.” (Aberastury & Knobel, 1997, p. 67.)

1.2.5 Desubicación temporal

El adolescente convierte el tiempo en presente y activo como para poder manejarlo. Presenta urgencias enormes y postergaciones irracionales. El tiempo aparece como indiscriminado y se va a ir discriminando, se observa una dificultad en diferenciar el pasado, presente y futuro.

El adolescente vive el tiempo como un objeto que él puede manejar, por ello puede pasar ratos encerrado sin calcular el tiempo que estuvo allí. El percibir y discriminar el tiempo es una de las tareas más importantes de la Adolescencia, se hace a través de: reconocer un pasado, formular proyectos de futuro y capacidad para esperar y elaborar el presente (Aberastury & Knobel, 1997).

1.2.6 La evolución sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad

Sobre este periodo, los autores mencionan que comienzan los contactos superficiales, las caricias -cada vez más profundas y más íntimas- que llenan la vida sexual del adolescente. Así como que "El primer episodio de enamoramiento ocurre en la adolescencia temprana y suele ser de gran intensidad. Aparece ahí el llamado "amor de primera vista" que no sólo puede no ser correspondido, sino que incluso puede ser totalmente ignorado por la parte amada de la pareja" (Aberastury & Knobel, 1997, p. 75).

Se presenta la evolución del autoerotismo a la heterosexualidad (masturbación primero, como fase genital previa; actividad lúdica que lleva al aprendizaje del otro sexo a través del toqueteo, bailes, juegos, deportes) lo que constituye también una forma de exploración. También se presenta la curiosidad sexual, manifestada en la adquisición de revistas pornográficas, que suelen ser frecuentes en la adolescencia, al igual que el exhibicionismo y el voyerismo, estos manifestándose en la vestimenta, el cabello, el tipo de bailes, etc.

Spiegel ha señalado que la sexualidad parece actuar como una fuerza que irrumpe sobre o en el individuo en vez de ser vivida por éste como una expresión de sí mismo.

Es que la sexualidad es vivida por el adolescente como una fuerza que se impone en su

cuerpo y que le obliga a separarlo de su personalidad mediante un mecanismo esquizoide por medio de cual, el cuerpo es algo externo y ajeno a sí mismo (Aberastury & Knobel, 1997, p. 82).

1.2.7 Actitud social reivindicatoria

Knobel, señala al respecto "no todo el proceso de la adolescencia depende del adolescente mismo", agrega además que "la constelación familiar es la primera expresión de la sociedad que influye y determina gran parte de la conducta de los adolescentes". La sociedad le impone restricciones al adolescente, los rechaza, por ello el adolescente trata de modificarla. Hay como un malestar en los adultos porque se sienten amenazados por los jóvenes que ocuparán su lugar en la sociedad. El adulto le impone así al adolescente más restricciones (Aberastury & Knobel, 1997).

El adolescente proyecta sus cambios en el afuera, y son los otros, los adultos y la sociedad los que deberán cambiar. A la larga el adolescente deberá adaptarse, aceptar y reconocer sus errores pero no someterse pasivamente.

Frente al adolescente individual, es necesario no olvidar que gran parte de la oposición que se vive por parte de los padres, es trasladada al campo social. Además gran parte de la frustración que significa hacer el duelo por los padres de la infancia, se proyecta en el mundo externo (Aberastury & Knobel, 1997).

De esta manera el adolescente siente que no es él el que cambia, quien abandona su cuerpo y su rol infantil, sino que sus padres y la sociedad son los que se niegan a seguir funcionando como padres infantiles que tienen con él actitudes de cuidado y de protección ilimitados. Descarga entonces contra ellos su odio y su envidia y desarrolla actitudes destructivas. Si puede elaborar bien los duelos correspondientes y reconocer la sensación de fracaso, podrá introducirse en el mundo de los adultos con ideas reconstructivas, modificadoras en un sentido positivo de la realidad social y tendiente a que cuando ejerza su identidad adulta pueda encontrarse en un mundo realmente mejor (Aberastury & Knobel, 1997).

1.2.8 Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta

El adolescente se conduce por la acción, no puede mantener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta, aunque muchas veces la intenta y la busca (Aberastury & Knobel, 1997).

La vulnerabilidad de esta etapa vital hace que los adolescentes, en búsqueda de una afirmación de la identidad y de una conducta más estable, se vean influenciados por todo lo que los rodea. Se la describe como una personalidad permeable e influenciable, donde la intensidad y la variabilidad de los procesos de proyección e introyección son característicos.

Si bien intentan el logro de un equilibrio y buscan estabilidad en sus acciones, la acción de por sí domina las manifestaciones conductuales del adolescente; Knobel (1988) explica que "...en estos momentos de la vida, en que hasta el pensamiento necesita hacerse acción para poder ser controlado" (Aberastury & Knobel, 1997, p.96).

Ya que esta inestabilidad en la conducta es característica de esta etapa, se habla de una "normal anormalidad"; una rigidez en la conducta podría manifestarse en el adolescente mentalmente enfermo, o sea, se observarían manifestaciones conductuales fugaces y transitorias pero de una manera cristalizada e inflexible.

Por otra parte, en el adolescente un indicio de normalidad se observa en la labilidad de su organización defensiva. Precisamente, esta fragilidad en los mecanismos de defensa del adolescente son puestos en evidencia cuando tratan de responder a un mundo adulto que no comprende sus cambios de conducta y sus identificaciones transitorias, exigiendo de él la expresión de una identidad adulta que aún está en proceso de formación. Las consecuencias de las contradicciones que de esta lucha se desprenden forman parte de lo que caracteriza a la identidad adolescente (Aberastury & Knobel, 1997).

1.2.9 Separación progresiva de los padres

Uno de los duelos fundamentales que tiene que elaborar el adolescente, es el duelo por los padres de la infancia, por lo tanto una de las tareas básicas concomitantes a la identidad del adolescente, es la de ir separándose de sus padres, lo que está favorecido por el determinismo que los cambios biológicos imponen en él, en este momento cronológico. La aparición de la capacidad efectora de la genitalidad impone la separación de los padres y reactiva los aspectos genitales que se habían iniciado con la fase genital previa (Aberastury & Knobel, 1997).

Aberastury y Knobel (1997) mencionan que la presencia internalizada de buenas imágenes parentales, con roles bien definidos y una escena primaria amorosa y creativa, permitirá una buena separación de los padres, un desprendimiento útil, y facilitara al adolescente el pasaje a la madurez, para el ejercicio de la genitalidad en un plano adulto. Por otro lado:

Figuras parentales no muy estables ni bien definidas en sus roles, pueden aparecer ante el adolescente como desvalorizadas y obligarlo a buscar identificaciones con personalidades más consistentes y firmes, por lo menos en un sentido compensatorio e idealizado. En esos momentos, la identificación con ídolos de distinto tipo, cinematográficos, deportivos, etcétera, es muy frecuente. En ocasiones puede darse identificaciones del tipo psicopático, en donde por medio de la identificación introyectiva el adolescente comienza a actuar los roles que atribuye el personaje con el cual se identificó (p. 99).

1.2.10 Constantes fluctuaciones de humor y del estado de ánimo

Aberastury y Knobel (1997) mencionan que un sentimiento básico de ansiedad y depresión acompañarán permanentemente como substrato a la adolescencia, por lo que "La cantidad y la calidad de la elaboración de los duelos de la adolescencia determinarán la mayor o menor intensidad de esta expresión y de estos sentimientos" (p. 100-101).

En el proceso de fluctuaciones dolorosas permanentes, la realidad no siempre satisface las aspiraciones del individuo, es decir, sus necesidades instintivas básicas, o su modalidad específica de relación objetal en su propio campo dinámico. El yo realiza intentos de conexión placentera (a veces displacentera) nirvánica con el mundo, que no siempre se logra, y la sensación de fracaso frente a esta búsqueda de satisfacciones puede ser muy intensa y obligar al individuo a refugiarse en sí mismo (Aberastury & Knobel, 1997).

He ahí el repliegue autista que es tan singular del adolescente y que puede dar origen a ese "sentimiento de soledad" tan característico de esa tan típica situación de "frustración y desaliento" y de ese "aburrimiento" que "suele ser un signo distintivo del adolescente". El adolescente se refugia en sí mismo y en el mundo interno que ha sido formado durante su infancia preparándose para la acción y, a diferencia del psicópata, del neurótico o del psicótico, elabora y reconsidera constantemente sus vivencias y sus fracasos (Aberastury & Knobel, 1997).

Finalmente se mencionan que los cambios de humor son típicos de la adolescencia y es necesario entenderlos sobre la base de los mecanismos de proyección y de duelos por la pérdida de objetos. Tales cambios de humor aparecen como microcrisis maniacodepresivas.

1.3 Categorización de la adolescencia según Peter Blos

Peter Blos (1975) divide la adolescencia en etapas:

Pre adolescencia (de 9-11 años): En esta etapa cualquier experiencia ya sea pensamientos y actividades sin ninguna connotación erótica o sexual se transforman en

estímulos sexuales y tienen función de descarga. Los hombres dirigen su atención a la genitalidad propia, mientras que las mujeres centran su atención en el género opuesto. Hay características también de descargas emocionales, los hombres son hostiles con las mujeres, y ellas en cambio muestran sus capacidades y habilidades masculinas al extremo.

Adolescencia Temprana (de 12-14 años): La característica principal en esta etapa es el inicio del alejamiento de los objetos primarios de amor (madre-padre) y la búsqueda de nuevos objetos, se establecen nuevas relaciones. El interés se centra en la genitalidad, la adopción de valores, reglas y leyes adquieren cierta independencia de la autoridad parental. El autocontrol amenaza con romperse.

Adolescencia (de 16-18 años): Aquí, el hallazgo en la mayoría de los casos es un objeto heterosexual y se abandonan las posiciones bisexuales y narcisistas, característica del desarrollo psicológico de la adolescencia. Ocurren 2 procesos afectivos, el duelo y el enamoramiento, el duelo tiene que ver con la aceptación del alejamiento de los objetos primarios ósea padre-madre, hasta la liberación, y en el proceso del enamoramiento, está el acercamiento a nuevos objetos de amor. La recurrente pregunta del adolescente de ¿Quién soy?, cambia al final de esta etapa por “Este soy yo”.

Adolescencia tardía (de 19-21 años): Aquí las principales metas del individuo son lograr una identidad del Yo e incrementar la capacidad para la intimidad, se presenta una actitud crítica frente al mundo externo y a los adultos en general, no querer ser como a quienes rechaza y elige un cambio ideal. El mundo interno que ha desarrollado a partir de su infancia servirá de puente para reconectarse con un mundo externo que es nuevo para él a consecuencia de su cambio de estado.

Post adolescencia (de 21-24 años): Esta fase es la precondition para el logro de la madurez psicológica, a quienes están en esta etapa se les conoce como adultos jóvenes, las relaciones personales se tornan permanentes, así como la selección del medio donde se quiere interactuar. Se mantiene el énfasis en los valores, los cuales se

consolidan de acuerdo con las experiencias pasadas y la planeación del futuro. Es una fase intermedia con la futura etapa de la edad adulta.

1.4 Adolescencia y psicopatología

Laufer (1995) psicoanalista que trabaja con adolescentes en Londres, plantea que en los adolescentes existe la patología del *breakdown* o derrumbe en su proceso de desarrollo. Consideran que las conductas fundamentalmente autodestructivas de los adolescentes, tales como la bulimia, la anorexia, el juego compulsivo y los intentos de suicidio, son derrumbes en el proceso que llevan del autoerotismo a la complementariedad y que finaliza en el momento en que se es capaz de integrar la representación de un cuerpo sexuado activo masculino o femenino.

Siguiendo esta línea, se considera que siempre un intento de suicidio en la adolescencia es un signo de un derrumbe agudo del movimiento hacia la organización de una identidad sexual estable, lo que no significa necesariamente una patología ya establecida en el adolescente. Es como si el desarrollo hubiera sufrido un *impasse*; los procesos de desarrollo entonces se detienen y el adolescente tiene sentimiento de que no hay ninguna posibilidad, sea de un progreso hacia el estado adulto, sea de una regresión hacia la dependencia de los objetos edípicos. Por lo tanto, es frecuente que el intento de suicidio en los adolescentes este inmediatamente precedido de un evento que señala el fracaso de su tentativa de desprendimiento de una relación de dependencia frente a sus padres.

Así, en el momento en el cual un adolescente toma la decisión de suicidarse, lo que este acto significa para él es un ataque al cuerpo sexuado, porque los vínculos al primer objeto son todavía predominantes. Morir es matar el cuerpo no el espíritu. Por eso el adolescente no considera su cuerpo como una parte de él mismo sino como un objeto que podrá expresar todos sus sentimientos y todas sus fantasías, es decir, vive su cuerpo como aquello que lo ataca, de una manera particular, por lo cual lo identifica como el agresor fantaseado que debe mantener reducido al silencio. Como se sabe, la pubertad reactiva la prohibición al incesto entre los hijos y los padres.

El adolescente, por lo tanto, debe encontrar los medios para satisfacer sus necesidades y deseos sexuales y narcisistas en figuras diferentes a las de sus padres. Pero el adolescente que es incapaz de establecer relaciones, cualquiera que sea la razón histórica, pierde toda esperanza de encontrar una solución a su angustia y a sus tensiones, y se vuelve entonces susceptible de considerar su cuerpo como la fuente de su angustia y de su odio. Para el adolescente, la sexualidad genital es emancipadora o incestuosa, y en los dos casos inaceptable.

A lo largo del tiempo se han realizado una infinidad de estudios sobre la etapa adolescente, para entender y explicar las conductas en esta etapa, uno de ellos es el realizado por la Dra. Luna (2010) profesora de psiquiatría en la Universidad de Pittsburgh, que utiliza técnicas de imagen para estudiar el cerebro adolescente, recurrió a una sencilla prueba para ilustrar esa curva de aprendizaje. Escaneó cerebros de niños, adolescentes y jóvenes de veintitantos años mientras realizaban un ejercicio antisacádico en un videojuego que consistía en hacer lo posible para no mirar una luz que aparecía repentinamente. Los sujetos fijaban la vista en un monitor en cuyo centro había una cruz roja que desaparecía ocasionalmente al tiempo que se encendía una luz en otra parte de la pantalla. Tenían instrucciones de no mirar a la luz sino en la dirección opuesta. Un sensor registraba sus movimientos oculares. Para superar la prueba, hay que neutralizar tanto el impulso de atender a una información nueva como la curiosidad que inspira lo prohibido. Los expertos lo llaman inhibición.

Los niños de 10 años lo hacen muy mal: fallan el 45% de las veces. Los adolescentes son mucho mejores en la prueba. De hecho, a los 15 años consiguen resultados tan buenos como los adultos si están motivados: resisten la tentación de mirar la luz entre el 70 y el 80% de las veces. Pero lo más interesante no fueron sus puntuaciones, sino las imágenes que tomó de los cerebros mientras los sujetos realizaban la prueba. En comparación con los adultos, los adolescentes usaban menos las regiones del cerebro que controlan el rendimiento, detectan errores, planifican y mantienen la concentración, áreas que aparentemente los adultos ponían en funcionamiento de forma automática. Eso permitía a los mayores utilizar una variedad de recursos cerebrales y resistir mejor la tentación, mientras que los adolescentes

usaban esas áreas con menos frecuencia y cedían más a menudo al impulso de mirar la luz, del mismo modo que son más propensos a desviar la mirada de la carretera para leer un cartel. Sin embargo, si se les ofrecía una recompensa añadida, los adolescentes demostraban ser capaces de poner a trabajar con más empeño todas esas regiones ejecutivas para mejorar sus resultados (Luna, 2010).

Estos estudios ayudan a explicar la irritante variabilidad de los adolescentes, que pueden estar encantadores en el desayuno y odiosos en la cena, y parecer despiertos el lunes y sonámbulos el sábado. Además de carecer de experiencia en general, aún están aprendiendo a utilizar las nuevas redes de su cerebro. El estrés, el cansancio o las situaciones problemáticas pueden causar fallos.

Como ha señalado Casey (2011) neurocientífica del Weill Cornell Medical College que lleva más de una década aplicando los conocimientos de la neurología y la genética al estudio de la adolescencia. La cual menciona que estamos acostumbrados a ver la adolescencia como un problema, pero cuanto más averiguamos acerca de las características singulares de ese período de la vida, más nos parece una fase funcional e incluso adaptativa. Es exactamente lo que hace falta en ese momento de la vida. Para ver más allá, y que el niño tonto no nos distraiga del adolescente adaptativo que lleva dentro, no debemos prestar atención a las conductas específicas, a veces desconcertantes (como bajar la escalera con el monopatín o cambiar de novio cada dos días) sino a los rasgos más generales que hay detrás de esos comportamientos.

Por otro lado el psicólogo del desarrollo especializado en la adolescencia Steinberg (2011) de la Universidad Temple, considera que incluso los jóvenes de 14 a 17 años (los más proclives al riesgo) emplean las mismas estrategias cognitivas básicas que los adultos, y por lo general resuelven sus problemas razonando con la misma habilidad que lo hacen los mayores. Además, al contrario de lo que se suele creer, son plenamente conscientes de que son mortales. Y, lo mismo que los adultos, dice Steinberg, "los adolescentes realmente sobrevaloran el riesgo". No es que no reconozcan el peligro, sino que aprecian mucho más la recompensa. En situaciones en las que el riesgo puede reportarles algo que desean, valoran el premio mucho más que los adultos.

Un videojuego que Steinberg utiliza en sus estudios lo ilustra a la perfección. En el juego, hay que atravesar una ciudad en el menor tiempo posible. Por el camino hay varios semáforos, que a veces pasan del verde al ámbar cuando se acerca un coche y obligan al jugador a tomar una decisión rápida: parar o seguir. El jugador ahorra tiempo (y hace más puntos) si pasa antes de que la luz se ponga roja. Pero si intenta pasar y no lo consigue, pierde más tiempo que si se hubiera parado desde el principio. Así pues, el juego premia a los que asumen un cierto riesgo, pero castiga a los que se arriesgan demasiado. Cuando los adolescentes hacen solos el recorrido, en lo que Steinberg llama la situación emocionalmente fría de una sala vacía, corren más o menos los mismos riesgos que los adultos. Sin embargo, si hay algo más en juego, la situación cambia. En este caso, se añade la presencia de amigos. Cuando el investigador lleva a la sala amigos del sujeto para que lo vean jugar, éste corre el doble de riesgos e intenta pasar semáforos frente a los cuales antes había parado (Steinberg, 2011).

Según Steinberg (2011) eso demuestra claramente que la propensión a correr riesgos no deriva de un pensamiento torpe, sino de un mayor interés en la recompensa: No corren más riesgos porque de pronto dejen de reconocer el peligro, sino porque dan más importancia a la recompensa, impresionar a los amigos.

Steinberg, Casey y otros investigadores creen que optar por el riesgo tras valorar costos y beneficios está propiciado por la selección natural, porque a lo largo de la evolución humana, la tendencia a asumir riesgos durante esa fase de la vida ha demostrado tener un valor adaptativo. Para tener éxito, a menudo hay que marcharse de casa y afrontar situaciones menos seguras. Esa sensibilidad a la recompensa funciona, por lo tanto, como un deseo de nuevas sensaciones, que saca a los adolescentes del hogar y los impulsa a nuevos lugares. Como indica el videojuego de Steinberg, los más jóvenes reaccionan con intensidad frente a las recompensas sociales (Steinberg, 2011).

Por otro lado, fisiológicamente, la adolescencia se caracteriza por una sensibilidad máxima del cerebro a la *dopamina*, un neurotransmisor que al parecer activa los circuitos de gratificación e interviene en el aprendizaje de pautas y la toma de decisiones. Esto contribuye a explicar la rapidez de aprendizaje de los jóvenes y su extraordinaria receptividad a la recompensa, así como sus reacciones intensas y a veces melodramáticas ante la victoria y la derrota.

El cerebro adolescente también es sensible a la *oxitocina*, otra hormona neurotransmisora, que entre otras cosas hace más gratificantes las relaciones sociales. Las redes y dinámicas neuronales asociadas con las recompensas en general y con las interacciones sociales están muy relacionadas entre sí. Eso explica otro rasgo característico de este período: los adolescentes prefieren la compañía de sus coetáneos más que en ninguna otra época de su vida.

En un estudio realizado en la Ciudad de México, sobre la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes con edades entre los 12 a los 17 años; se mostró que los trastornos individuales más frecuentes en ambos sexos fueron las fobias específicas y la fobia social. Para las mujeres, los trastornos más prevalentes en orden decreciente fueron las fobias, la depresión mayor, el trastorno negativista desafiante, la agorafobia sin pánico y la ansiedad por separación. Mientras que en los varones, los trastornos más prevalentes después de las fobias fueron: el trastorno negativista desafiante, el abuso de alcohol y el trastorno disocial. Las mujeres presentaron un mayor número de trastornos y una mayor prevalencia de cualquier trastorno (Benjet et al., 2009).

En este sentido, Steinberg (1999) menciona tres categorías amplias de los problemas más comunes en la adolescencia: el abuso de sustancias legales e ilegales, los trastornos internalizantes y los externalizantes. Los trastornos internalizantes se refieren a aquellos problemas que la persona vuelca hacia sí misma y que se manifiestan como sufrimiento cognitivo y emocional, siendo los cuadros sintomatológicos más frecuentes los trastornos de ansiedad y depresión. Por otro lado, los trastornos externalizados son aquellos donde los problemas de la persona se vuelcan hacia el exterior y se manifiestan como problemas de conducta.

El perfil epidemiológico en México muestra que alrededor de un 40% de los adolescentes presenta algún problema de salud mental: el primer lugar lo ocupan los trastornos de ansiedad, el segundo los de control de los impulsos, el tercero los trastornos de ánimo y el cuarto los trastornos por consumo de sustancias, los cuales pueden estar asociados a otras problemáticas de salud (Benjet et al., 2009).

Los trastornos que se presentaron en edades de inicio más tempranas fueron los trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos de impulsividad y los trastornos de ánimo. Además los trastornos que se presentaron en edades más tardías fueron los trastornos por uso de sustancias. Las edades de inicio para los trastornos de ansiedad, ánimo y por uso de sustancias son similares entre los sexos, a diferencia de los trastornos de impulsividad en los cuales los hombres tienen edades de inicio más tempranas que las mujeres (Benjet et al., 2009).

Una mayor prevalencia general y una mayor gravedad de los trastornos psiquiátricos en las adolescentes mujeres comparadas con los varones. Esto sugiere que la adolescencia podría ser un periodo de mayor vulnerabilidad para ellas, siendo los trastornos impulsivos mayormente observados en las adolescentes que en los varones. Es interesante que no se observan diferencias de sexo en los trastornos por uso de sustancias, muestra de que las adolescentes de esta generación están alcanzando a los varones en el uso de sustancias (Benjet et al., 2009).

Benjet (2009) menciona que no está claro si las adolescentes mexicanas experimentan mayor adversidad o estrés que sus pares varones, es posible que ellas sean más vulnerables o reactivas. El estudio de Hankin et al. (2007) además de describir una mayor exposición a estresores interpersonales en las mujeres, muestra que las niñas y adolescentes reaccionaron con mayor sintomatología depresiva que los varones cuando fueron expuestas a los mismos estresores.

Por otra parte, existen diversas teorías biológicas que pretenden explicar las diferencias de sexo en relación con la expresión de la psicopatología. Una de ellas propone que una mayor vulnerabilidad al estrés en este grupo está relacionada con el aumento de estrógenos y progesterona en las mujeres durante la etapa adolescente.

Dichas hormonas influyen en la reactividad del eje Hipotálamo-Pituitario-Adrenal (HPA) y en particular, en el mecanismo de retroalimentación negativa de cortisol haciéndolas más vulnerables al estrés Young (citado en Benjet et al., 2009).

Se puede concluir que los adolescentes de ambos sexos muestran diferentes patrones de psicopatología en esta etapa de la vida; las mujeres presentaron en orden de frecuencia: fobias específicas y sociales, depresión mayor, trastorno negativista desafiante y agorafobia. Los varones presentaron fobias específicas y sociales, trastorno negativista desafiante, abuso de alcohol y trastorno disocial. Estos hallazgos concuerdan con la mayor ideación e intento suicida observados entre adolescentes femeninas (Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco, & Nock, 2008).

Algunos de los problemas emocionales y de conducta se encuentran asociados a rasgos de personalidad como la búsqueda de sensaciones, la impulsividad y el comportamiento oposicionista, la sintomatología depresiva y la ideación suicida (Barcelata et al., 2016).

Como se presentó con anterioridad en este capítulo, la adolescencia se puede dividir en etapas, cada una con sus propias características físicas, emocionales y cognitivas. Para la presente investigación, se retomaran algunas características propias de la adolescencia temprana que van en promedio de los 12 a los 15 años de edad.

1.5 ADOLESCENCIA TEMPRANA

Peter Blos (1975) menciona que en la adolescencia temprana hay un resurgimiento de amistades idealizadas con miembros del mismo sexo; los intereses sostenidos y la creatividad se mantienen en un nivel bajo y emerge la búsqueda un tanto torpe de valores nuevos -no simplemente de oposición-; en pocas palabras existe una fase de transición, que posee características propias antes de que se afirme la adolescencia.

Durante la adolescencia temprana y la adolescencia propiamente dicha ocurre una profunda reorganización de la vida emocional con un estado de caos bien reconocido. La elaboración de defensas características con frecuencia extremas y también transitorias, mantiene la integridad del yo algunas maniobras defensivas de la adolescencia prueban tener un valor adaptativo y por consecuencia facilitan la integración de inclinaciones realistas, talentos, capacidades y ambiciones; no hay ninguna duda de que el ensamble estable en todas estas tendencias constituye un prerrequisito para la vía adulta en la sociedad.

En esta edad, los valores, las reglas, y las leyes morales han adquirido una independencia apreciable de la autoridad parental, se han hecho sintónicas con el yo y durante la adolescencia temprana el autocontrol amenaza con romperse y en algunos extremos surge la delincuencia. Actuaciones de esta clase, las cuales varían en grado e intensidad, habitualmente están relacionadas con la búsqueda de objetos de amor; también ofrecen un escape de la soledad, del aislamiento y la depresión que acompaña a estos cambios catécticos (Blos, 1975).

El problema central de la adolescencia temprana y de la adolescencia propiamente dicha recae en una serie de predicamentos sobre las relaciones de objeto. La solución de este problema depende de las muchas variaciones por las que este tema atraviesa durante los años; estas variaciones determinan finalmente en forma genuina o espuria la adultez. Estas variaciones recuerdan un poco la niñez, sólo tenemos que recordar que la necesidad del niño de ser amado se fusiona solamente en forma gradual con la necesidad de dar; la necesidad de que me hagan las cosas, se

transforma en "hacer las cosas para otro". El papel pasivo de ser controlado es reemplazado en forma gradual y parcial por la necesidad del niño de control activo del mundo externo esta polaridad de actividad y pasividad reaparece durante la adolescencia como un problema crucial la ambivalencia tan característica de la adolescencia comprende no solamente las metas instintivas, activas y pasivas esto es igualmente cierto para el hombre y para la mujer.

La rebelión en contra del superyó en el hombre adolescente representa con frecuencia la oposición en contra de tendencias pasivas femeninas que fueron parte esencial de la relación edípica del muchacho hacia su padre. Freud (1915) formula este problema en relación a la adolescencia de la manera siguiente: no es sino hasta la terminación del desarrollo durante la época de la pubertad que la polaridad del sexo coincide con lo masculino y femenino. En lo masculino se concentra la actividad y la posesión del pene; lo femenino lleva como objeto la pasividad. La vagina se valora como un asilo para el pene, es una herencia de la matriz materna (Blos, 1975).

Antes de que haya una reconciliación y se alcance un equilibrio maduro entre las posesiones de actividad y pasividad, o con frecuencia una oscilación entre ambas, éstas caracterizan la conducta adolescente por algún tiempo. La temprana dependencia en la madre posee una atracción innegable para el adolescente de ambos sexos. Debemos advertir que los muchachos con frecuencia transfieren esta necesidad de dependencia pasiva al padre; en este caso, el muchacho entra en una constelación de impulsos homosexuales, los cuales pueden ser transitorios o duraderos.

Cuando esta necesidad pasiva es sentida muy intensamente, por ejemplo ya sea por un muchacho sobreprotegido o severamente privado, más fuerte será la defensa en contra, por medio de fantasías y actos rebeldes y hostiles; las ideas paranoides son frecuentes este conflicto puede conducir a una rendición a los deseos pasivos, a una actitud demandante, dependiente, o la renunciación de los impulsos instintivos. esta última condición semeja muy cercanamente la posición del periodo de latencia. Con frecuencia la regla es una mezcla de todos estos intentos para estabilizar la polaridad activa-pasiva (Blos, 1975).

El tema de este conflicto refleja la modificación de los impulsos y los intentos de ponerlos en armonía con el yo, el yo ideal, el superyó y la condición somática de la pubertad. La polaridad de los impulsos de actividad y pasividad se ejercita en relación con el yo, con el objeto y con el mundo externo.

Esta situación determina en gran medida la elección de objeto adolescente, así como las pautas fluctuantes en el estado de ánimo de los adolescentes, los cambios en la conducta y los cambios en la capacidad de ver la realidad. Esta inestabilidad e incongruencia ha sido descrita con frecuencia como la característica general más significativa de la adolescencia, y esto en verdad es correcto para las fases de la adolescencia temprana y la adolescencia propiamente dicha.

Polaridades como las siguientes, es bien sabido, aparecen en un mismo individuo: sumisión y rebelión, sensibilidad delicada y torpeza emocional, profundo pesimismo, intensa fidelidad y cambios repentinos de infidelidad, ideas cambiantes y argumentos absurdos, idealismo y materialismo, dedicación e indiferencia, aceptación y rechazo impulsivo, apetito voraz, indulgencia excesiva y gran ascetismo exuberancia física o gran abandono estas pautas de conducta oscilantes reflejan cambios psicológicos los cuales no progresan en línea recta ni tampoco con un ritmo preciso (Blos, 1975).

Durante la adolescencia temprana y la adolescencia propiamente, los impulsos cambian hacia la genitalidad, los objetos libidinales cambian de pre edípicos y edípicos a objetos heterosexuales no incestuosos. El yo salvaguarda su integridad por medio de operaciones defensivas; algunas de éstas son de carácter restrictivo para el yo y requieren de una energía catéctica para su mantenimiento mientras que otras muestran ser de carácter adaptativo para permitir la descarga de impulsos inhibidos (sublimación); éstas llegan a ser los reguladores permanentes de la autoestimación. Debe lograrse la renunciación de los objetos primarios de amor, los padres como objetos sexuales; los hermanos y substitutos paternos deben ser incluidos en este proceso de renunciación estas fases están relacionadas esencialmente con la renuncia a objetos y a la búsqueda de otros. Estos procesos reverberan en el yo produciendo cambios catécticos que influyen tanto las representaciones de objeto existentes como

las autorepresentaciones. Debido a esto el sentido de identidad adquiere de aquí en adelante una desconocida labilidad.

González Núñez (2001) menciona que los aspectos internos que caracterizan a la adolescencia temprana (12 a 15 años) son los siguientes:

1. Una continuación progresiva de las metas pulsionales que matizan e intensifican los afectos.
2. Una falta de catexia (energía afectiva) en los objetos de amor incestuosos. La elección de objeto en esta etapa es, en esencia narcisista. En el sentido de necesitar estar cerca de las personas a las que puede admirar y amar, además es preciso que estas personas estén fuera del ámbito familiar; esta falta de afecto a los objetos de amor incestuosos provoca que su libido flote libremente, lo cual a su vez promueve que: el superyó disminuya su eficacia y que el yo pierda control, particularmente en los afectos (hay descontrol y labilidad afectiva). En la motilidad (hay torpeza en los movimientos, chocan, se caen etc.) e incluso, en el intelecto.
3. Existe un episodio bisexual transitorio de tipo inconsciente, situación que le angustia y que el adolescente niega, incluso se avergüenza de poseer fantasías al respecto. el adolescente requiere figuras de identificación y es aquí donde la figura de los maestros adquiere mayor importancia.
4. Se favorece el ideal del yo, que en este periodo adolescente posee características narcisistas.
5. Se promueve la identificación con el progenitor del mismo sexo.
6. Junto con la identificación del adolescente varón con el padre y la adolescente mujer con la madre, las fantasías masturbatorias neutralizan la angustia de castración vivida por el episodio bisexual.
7. En la adolescencia temprana, el mundo externo y los padres, especialmente la figura paterna del sexo contrario, favorecen el inicio de la madurez emotiva, porque ahora el adolescente debe aprender a expresar sus afectos y emociones de

maneras menos infantiles y más adultas, haciendo uso de su tolerancia a la frustración. Los adultos colaboran en esta fase si son congruentes con la expresión de sus propios afectos y los que demuestran hacia sus hijos, sobre todo tolerando la ambivalencia con la que ellos se expresan.

Los adultos ambivalentes y poco tolerantes desconciertan, confunden y vulneran al adolescente. Si en la etapa anterior la represión era fundamental y normal, ahora los adultos deben permitir la expresión y hasta tolerar las fallas en la represión de sus hijos para poder educar la expresión de sus afectos.

Por otro lado, Coleman (2003) dividió el estado de la situación de la adolescencia en dos visiones:

1. La idea de la adolescencia como tormenta y drama defendida por Hall y Anna Freud.
2. Los estudios de tipo sociológico que se empeñaban en demostrar que la adolescencia pasaba sin mayores problemas.

Acercándonos a la Teoría focal, vemos tres cuestiones que hace que no esté conforme con ninguna de las dos visiones anteriormente descritas: 1. La tormenta y drama es una teoría con poca base puesto que los psicoanalistas utilizaban muestras sesgadas. 2. Las conductas delictivas, consumo de drogas, etc., son noticia saliente para los medios 3. Las investigaciones con grandes muestras sobreestiman las respuestas que los adolescentes dan sobre su buen ajuste y sentimientos internos positivos, ya que alguien que lo esté pasando mal no lo va a transmitir tan fácilmente (Coleman, 2003).

Coleman (2003) realizó un estudio empírico con chicos y chicas de 11, 13, 15, 17 años en el que se incluían cuestiones referidas al autoconcepto, relaciones con los padres, soledad, relaciones heterosexuales, amistades y situaciones de grupo. Ratificó que las actitudes ante estas cuestiones evolucionaban con la edad pero no al mismo tiempo. A partir de esta investigación y evidencias empíricas acumuladas elaboró la Teoría focal, que defiende que: La resolución de un aspecto no es requisito

imprescindible para el paso al siguiente estadio, no existen límites claros entre un estadio y el siguiente y la secuencia de desarrollo no es única, ni inmutable.

El objetivo primordial de la fase adolescente es la consecución de una identidad total del yo, es decir la identidad de reconocerse a sí mismo a través de todas las transformaciones sufridas, que no constituye una posesión, sino que es un proceso dinámico y raramente unívoco, que integra las dimensiones biológica, psicológica y social.

Es por ello, que durante la adolescencia, el individuo está en transición, en un proceso de cambios y se han de enfrentar a numerosos problemas o situaciones potencialmente perturbadoras. Y todo ello en unos momentos en que el ritmo de los cambios sociales se han acelerado de tal manera que las diferencias generacionales son más que meras diferencias de desarrollo, se están produciendo profundos cambios sociales, que afectan a la comprensión del mundo, a los valores éticos, a las creencias políticas y religiosas (Buendía, 2004).

Para el adolescente todos estos cambios físicos, psicológicos y de resituación originados, demandan en él una serie de adaptaciones o complicados ajustes, para enfrentar su acoplamiento social en estructuras muchas veces deficitarias para sus expectativas Vives (citado en Valadez, 2010).

La adolescencia es un periodo de intensas transformaciones en muchos niveles: corporal, físico, afectivo, familiar, social, sexual y cognitivo. Atraviesa cambios corporales lo que altera su seguridad y confianza, el autoconcepto que tiene de sí mismo se ve afectado, puede sentirse torpe, poco atractivo, muy atractivo, en fin sea cual sea la forma como se perciba, es distinta a la que tenía cuando era niño.

1.5.1 Cambios en el pensamiento adolescente

Su nivel cognitivo ha alcanzado un nivel más alto que le permite filosofar y cuestionarse sobre aspectos acerca de la vida y su propia existencia. En lo social se encuentra en un ir y venir entre su vida de niño y su búsqueda de un lugar como adulto, los padres en ocasiones le exigen como un adulto pero no dejan de tratarlo como un

niño. Su estado afectivo se ve afectado por estos cambios, sus sentimientos hacia sus padres y hacia los otros se modifican, empiezan a experimentar nuevas formas de sentimientos.

A nivel psíquico, presenta características psicológicas muy peculiares, son impulsivos, impacientes, muy sensibles, susceptibles, apasionados, emotivos, elementos que los caracterizan. Todos estos elementos lo modifican en búsqueda de su propia identidad (Barrera & Lucio, 2013).

Estas transformaciones influyen notablemente en sus conductas, en su forma de pensar y de percibir los fenómenos y su vida misma, acompañándose frecuentemente de conflictos en la interacción del adolescente con su medio social, cultural, político y económico, mismos que alteran el equilibrio más o menos logrado en su condición de niños. Durante este proceso de crecimiento y maduración, experimentan sentimientos intensos de tensión, confusión indecisión que le producen ansiedad y depresión (Valadez, 2010).

Una de las conductas más significativas en esta etapa adolescente, según nos menciona Valadez (2010); es la tentativa de suicidio, por el contexto depresivo que se presenta en esta etapa. Planteando el problema de la depresión como una vivencia existencial y como una verdadera crisis de la adolescencia.

Los adolescentes actuales no son iguales que los de hace décadas, tienen unas características especiales, una de ellas es el incremento del consumo; especialmente de alcohol y sustancias ilegales, se ha creado todo un mercado para este grupo de población, se han volcado hacia ellos porque buscan derivar hacia la adquisición de productos sus ansias de vivir (Valadez, 2005).

Ser adolescente es una experiencia que, por lo menos teóricamente, varía según las personas, los países y a lo largo del tiempo, vale decir, que la adolescencia es un concepto que, como todos los estadios del desarrollo humano, no tiene una naturaleza fija e inmutable, sino que está particularmente influida por circunstancias histórico-sociales y debe ser analizada desde esta perspectiva. Aparece así la adolescencia como el resultado de la interacción de los procesos biopsicosociales, los modelos

socioeconómicos y las influencias culturales específicas, así el comportamiento del individuo es modelado y reforzado por interacciones mutuas y dinámicas con los entornos físicos y sociales (Valadez, 2005).

Algunos estudios realizados en la población adolescente, entre ellos, el de González Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina, et al. (2002) señalaron que la edad en que se realizó el único o último intento suicida por los hombres y las mujeres fue aproximadamente a los 13 años (con rangos entre los 10 y 15 años); es decir, puede considerarse que en este tiempo cursaban los últimos años de la primaria o la secundaria, los motivos fueron los que tienen que ver con problemas familiares seguidos por sentimientos de soledad, tristeza y depresión. Por lo que estos niveles educativos constituyen los sectores más propicios para la atención y prevención de la conducta suicida.

En México, el 99% de los adolescentes que intentaron suicidarse pasaron por algún suceso traumático. El suicidio es una conducta muy compleja que puede derivar de antecedentes familiares, del consumo de drogas y trastornos psiquiátricos (Benjet, 2015).

La familia en esta etapa de la vida juega un papel primordial, ya que se convierte en un factor importante, en como el adolescente vive esta etapa que el apoyo y la autoridad le ayudara a estructurar su personalidad y a superar la ansiedad que le provoca enfrentarse al cambio (Delval, 2000).

1.6 LA FAMILIA DEL ADOLESCENTE

La organización que guarda la familia implica jerarquías y subsistemas bien diferenciados que le permiten cumplir con sus funciones básicas de apoyar la individuación de sus miembros y dotarlos de un sentido de pertenencia, Minuchin (citado en Andolfi, 2010). Lo anterior hace referencia a un sistema funcional a diferencia de uno disfuncional que, por la forma en que se encuentra organizado, obstaculizara el desarrollo de sus miembros, favoreciendo en estos la aparición de síntomas.

En la actualidad, ha habido una serie de cambios en la estructura familiar nuclear (padre, madre e hijos) y ahora es posible hablar de familias monoparentales, reconstruidas, monoparentales, adoptivas. Lo que conlleva de igual manera, un cambio en los valores y dinámica de las familias, siendo estos cambios en la estructura de la familia motivo de investigaciones, como el divorcio, que de manera intrínseca se define como estresante para toda la familia, aunque a cada uno afecte de manera diferente (Barrera, 2013).

Otro factor según Barrera (2013) que ha influido en las interacciones familiares, es la inserción de la mujer en el campo laboral, debido a la disminución de los tiempos de convivencia, los roles que se asignan a los diferentes miembros de la familia, así como el aumento del nivel de estrés en la madre, lo cual le provoca mayores reacciones de irritabilidad e impaciencia con los hijos.

En la etapa con hijos adolescentes, las tareas de desarrollo serán la readaptación de normas y reglas de funcionamiento en relación con el hijo, la búsqueda de nuevas formas de comunicación en donde el objetivo último sea la negociación y un mayor acercamiento de la pareja para favorecer el proceso de separación e individuación de éste (Andolfi & Angelo, 2010).

De los contextos sociales que influyen en el adolescente, la familia es el elemento esencial, es el medio social del que emergió, el espacio vital en el que se configura su subjetividad; en el cual, el ámbito familiar actúa como soporte fundamental

para su integración social, además de ser una fuente de identidad para el joven. Una de las características del adolescente es ser una persona que reclama con vigor su autonomía e individualidad, pero que es todavía profundamente dependiente de su cuadro familia, de la estructura de la familiar y de la personalidad de los padres (Valadez, 2010).

Es por ello que es importante conocer y entender las diferentes concepciones de familia, a continuación se da una breve explicación de algunas de ellas.

1.6.1 Teorías sobre la familia

Teoría de la interacción de Luis Flaquer (1998) ha señalado que la familia contemporánea se mantiene gracias a la densidad de su interacción psicológica. Se basa en lo mencionado por Burgess en el sentido de que familia era una unidad de personalidades en interacción. La familia desarrolla una concepción de sí misma que incluye el sentido de responsabilidad que cada miembro tiene con los otros, obligaciones que se definen en los roles familiares y la noción de lo que la vida familiar es o debería ser. Las personas desarrollan un sentido de identidad derivado de la interacción que tienen con los demás en la vida cotidiana; inclusive la vida familiar.

Teoría del conflicto (Lewis, 1950) menciona que el conflicto, la competencia y la lucha son elementos básicos de la vida social humana. En la familia, como grupo social y como institución social, sus miembros buscan su propio interés y no hay razón para asumir que de forma natural compartan y trabajen hacia el logro de metas comunes. Con base en el análisis de Farrington y Chertok (1993) en las familias también existen importantes diferencias de poder basadas, por ejemplo en el género o la edad, las cuales facilitan a algunos de sus integrantes lograr sus intereses.

Teoría del intercambio (Homans, 1961) en sus versiones más microsociales, asume que la motivación básica de los individuos es el propio beneficio. Desde esta postura se asume que las familias como grupo social, deben de proporcionar

recompensas a sus miembros, tanto en las relaciones maritales de pareja como en las existentes entre padres e hijos.

Teoría de los sistemas; la teoría sistémica considera a la familia como un conjunto de elementos que interactúan entre sí y con su entorno.

Teoría del desarrollo familiar (Minuchin, 1986); analiza la interacción de los miembros de la familia con relación a su ambiente externo y a los procesos internos (como el nacimiento de un niño o su cuidado) pero desde el punto de vista del desarrollo concibe a la vida familiar como si implicara una secuencia de eventos que tienen lugar en tiempo de forma predecible. Esta teoría reconoce que el contexto social e histórico también desempeña un rol importante en el desarrollo de la familia. De esta forma las transiciones de una a otro estado están causadas no solo por los procesos individuales y familiares, sino también por las normas sociales, sucesos históricos y condiciones ecológicas. Desde esta perspectiva el ciclo de la vida familiar se concibe como un proceso en el que esta pasa a través de una serie de estadios. El paso de una etapa a otra ocurre cuando se producen cambios en la composición familiar, lo que provoca cambio en la estructura familiar. Estas modificaciones estructurales tienen, a su vez efectos en el funcionamiento y bienestar de la familia.

Teoría de los sistemas familiares (Bertalanffy, 1968) considera a la totalidad de la familia más que al individuo dentro del sistema. Menciona que esta es un sistema social abierto, dinámico, dirigido a metas y autorregulado. Cada sistema individual familiar, está configurado por sus propias facetas estructurales particulares (tamaño, complejidad, composición, estadio vital) las características psicobiológicas de sus miembros individuales (edad, género, fertilidad, salud, temperamento, entre otras) y su posición histórica en su entorno más amplio.

En términos de Minuchin (1988) la familia constituye una totalidad integrada y compleja donde sus miembros ejercen influencia continua y recíproca entre sí.

Teoría ecológica (Bronfenbrenner, 1987) desde dicha perspectiva, la vida al interior de la familia está influenciada por el contexto social. La relación del sistema familiar con su entorno es mutua: las condiciones de este influyen en la dinámica familiar y los cambios que ocurren en la familia facilitan los que se producen en el entorno, en tanto este trata de ajustarse a los nuevos patrones familiares.

Según Bronfenbrenner (1987) el desarrollo individual debe entenderse en el contexto de ese ecosistema. Así el individuo crece y se adapta a través de intercambios con su ecosistema inmediato (la familia) y ambientes más distantes, como la escuela. Bajo condiciones normales, el ecosistema se mantendrá en un estado de equilibrio dinámico en el que existe un balance adecuado entre los recursos del sistema y los niveles de estrés. Sin embargo, cuando se producen cambios en el exterior de la familia combinados con los ocurridos en el seno de la misma, puede producirse un estado de inestabilidad ecológica, en los que los niveles de estrés exceden la disponibilidad de recursos personales y familiares, donde el conflicto y la violencia son más probables.

Según Valadez (2010) la familia es un grupo o sistema compuesto de subsistemas que serían sus miembros. Cada miembro de ese sistema posee roles que varían en el tiempo y que dependen de la edad, el sexo y la interacción con los otros miembros familiares, por lo tanto, las influencias dentro de la familia no son unidireccionales sino una red donde todos los integrantes de la familia influyen sobre otros.

Si entendemos la familia como un sistema y el adolescente como parte del sistema, estaremos en posibilidades de explicar sus conductas a partir de la relación que guarda con cada uno de los otros miembros que la conforman, más allá de las características personales de cada quien (Valadez, 2010).

Una familia flexible, en donde los límites son claros, los subsistemas se encuentran bien diferenciados y las jerarquías no están trastocadas, presentara menos problemas para cumplir con sus metas, favorecerá la creación de redes de apoyo,

validara la expresión de diferentes formas de afecto, aceptará más fácilmente las diferencias, correrá riesgo para ensayar opciones y en general, funcionará más libremente (Valadez, 2010).

Por el contrario, una familia disfuncional, donde la estereotipia es la regla, presentará mayores dificultades para cumplir su papel, limitando con ello la forma de relación entre sus miembros y por ende, sus alternativas para desarrollarse. Al rigidizarse, se crearán condiciones para el florecimiento de síntomas como bajo rendimiento académico, problemas de conducta, adicciones, trastornos en la alimentación, psicopatías, psicosis etcétera (Valadez, 2010).

Es por ello que dentro de la familia la cesión de autonomía y la demanda de responsabilidad son los ejes principales sobre los que se levantan tales discrepancias y el área donde deben construirse nuevas reglas, donde parece inevitable la ocurrencia de cierto grado de conflicto entre el adolescente y sus padres. Sin embargo los resultados de tales conflictos variaran. Si el adolescente no puede hallar una vía satisfactoria hacia la autonomía, entonces es probable que su impulso a la independencia o bien encuentre una salida explosiva, o bien se deteriore progresivamente Misita (citado en Valadez, 2010).

Las interacciones que se den en la familia, van a estar determinadas en cierta manera por el contexto social en que está viva, donde hay que considerar las costumbres, los valores y las demandas que la misma sociedad hace a la familia. La influencia del contexto social sobre el núcleo familiar afectara la interrelación entre sus miembros y por ende el comportamiento de los mismos (Heredia, 2013).

La familia en una de las instituciones más importantes de la sociedad, gracias a ella el ser humano ha podido insertarse al medio y adaptarse a él, es la primera que tiene contacto con el individuo y está encargada de brindar los elementos afectivos, emocionales, sociales, que dotan al ser humano de medios para poder integrarse y percibir el mundo.

Es necesario considerar que la adolescencia de un miembro de la familia es un proceso en el que participan todos, es una de las perturbaciones que afectan al sistema familiar, ya que se transforma el conjunto de interacciones del grupo, originando un nuevo sistema de relaciones, que demanda negociaciones y reajustes. La Lueza (citado en Valadez, 2010). El hecho de que un adolescente logre o no diferenciarse dentro de su familia es un quehacer colectivo, es decir, el conjunto de pautas interaccionales es lo que va a sustentar las conductas individuales que a su vez moldean y conforman dichas pautas de organización.

Por otro lado, la sociedad se caracteriza por la diversidad de estructuras familiares. Muchos adolescentes han presenciado cambios profundos de la estructura y funcionamiento de su familia; y en algunos casos han tenido que vivir con una madre sola o con un padre solo. La situación en que se desarrolla la vida de algunos adolescentes es difícil y la influencia que reciben muy compleja.

Al respecto Valadez (2010) menciona que los diversos cambios y mayores grados de autonomía y de libertad que han llevado el desarrollo de la cultura moderna han implicado una crisis de la institución familiar tradicional, lo que ha favorecido la emergencia de nuevas formas de vivir en familia, de tal suerte que la institución familiar ha experimentado cambios en su estructura; tales como la reducción de su tamaño aumento de los divorcios y la inestabilidad conyugal.

En un estudio realizado por Asarnaw y Carlson (1987) se encontró que muchas de las personas que se habían suicidado o que lo habían intentado provenían de hogares disfuncionales, de ambientes familiares caóticos y conflictivos, que son un factor de riesgo para la aparición de conductas depresivas y suicidas en los muchachos (Córdova, Estrada, & Velázquez, 2013).

El clima psicológico del hogar influye directamente en la adaptación personal y social del adolescente por su influencia sobre su patrón de conducta e indirectamente, por el efecto que tiene sobre sus actitudes (Córdova et al., 2013).

Cuando el adolescente percibe cierto rechazo familiar, o bien la situación familiar le provoca sentimientos de enojo o tiende a expresar estos sentimientos por medios usualmente agresivos. Ante estas expresiones agresivas, la familia reacciona de la misma manera, lo que provoca que los padres se replieguen y se vuelvan menos cálidos y menos comunicativos con el adolescente.

Así se genera un círculo vicioso, según Valadez (2010) en donde se requiere de una verdadera comunicación para romper la cadena de agresión, lo cual no siempre es posible.

Los problemas de comunicación familiar se convierten en malestar psicológico en el adolescente, mismo que muy posiblemente influya negativamente en el clima familiar y provoque problemas de comunicación entre padres e hijos. Entre los patrones de interacción familiar, el estilo de relación parental es lo que determina el clima familiar; un ambiente familiar frustrante representa un punto débil que expone a uno de sus miembros al riesgo de buscar soluciones equivocadas. El papel de la familia es vital para el proceso de independencia del adolescente y el desarrollo de una identidad adulta estable, de su personalidad. Todas las familias enfrentan problemas y es poco probable lograr cercanía sin crisis ni conflictos (Valadez, 2010).

Por lo que respecta al principal motivo para llevar a cabo el intento suicida, los autores González-Forteza et al. (2002) reportaron que tanto para hombres como para mujeres, fue en cuanto a la esfera interpersonal asociado a los problemas familiares, que en conjunto se refieren a conflictos con los padres, maltrato, violencia, humillaciones y castigos. El segundo motivo más frecuente correspondió a la esfera emocional, en particular por sentimientos de soledad, tristeza y depresión, así como las pobres manifestaciones afectivas (Valadez, 2010).

Por otro lado Valadez (2010) menciona que las desventajas educativas y socioeconómicas conllevan a un incremento en la susceptibilidad de los adolescentes a las conductas suicidas, así como los conflictos de pareja entre los padres son considerados un factor de riesgo importante con lo que respecta a la esfera familiar,

pues son percibidos como estresores por el adolescente que en esta situación se puede ver frecuentemente obligado a tomar partido por alguno de los padres, sufriendo con ambivalencia la posterior culpa.

Otro factor asociado fuertemente al riesgo suicida, son las actitudes de agresión que se presentan en la familia, como desacuerdos y discusiones, en muchas ocasiones con agresiones físicas. Sobre este tema se resalta que la forma de solución de los conflictos acostumbrada en la familia sirve de ejemplo a seguir para el adolescente.

Según Pérez Barrero (1996) la situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, pues se observa frecuentemente:

- Presencia de padres con trastornos mentales.
- Consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros.
- Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento.
- Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
- Pobre comunicación entre los integrantes de la familia.
- Dificultades para prodigar cuidados a los que los requieren.
- Frecuentes riñas, disputas y otras manifestaciones de agresividad en las que se involucran los miembros de la familia, convirtiéndose en generadores de tensión y agresividad.
- Separación de los progenitores por muerte, separación o divorcio.
- Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
- Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes.
- Situación de hacinamiento, lo que en ocasiones se traduce por la convivencia de varias generaciones en un breve espacio, lo cual impide la intimidad y la soledad creativa de sus miembros.

- Dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura.
- Autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores.
- Inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas.
- Incapacidad de los progenitores para escuchar las inquietudes del adolescente y desconocimiento de las necesidades biopsicosociales.
- Incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones de estrés.
- Exigencias desmedidas o total falta de exigencia con las generaciones más jóvenes.
- Llamadas de atención al adolescente que generalmente adquieren un carácter humillante.
- Si los padres están divorciados pero conviven en el mismo domicilio, el adolescente es utilizado como punta de lanza de uno de ellos contra el otro y se le trata de crear una imagen desfavorable del progenitor en contra de quien se ha realizado la alianza.
- Incapacidad para abordar los temas relacionados con la sexualidad del adolescente, la selección vocacional y las necesidades de independencia.

Los elementos abordados con anterioridad son muy frecuentes en las familias de los adolescentes con riesgo suicida, pero no son los únicos. Por lo que abordar el tema, como se explica en el siguiente capítulo nos obliga a conocer y entender el suicidio como un fenómeno multicausal.

CAPÍTULO II

SUICIDIO

“El suicidio es una solución eterna para lo que a menudo no es más que un problema temporal”

Edwin Shneidman, 1985.

El vocablo suicidio proviene de las raíces latinas “sui”, que significan de sí mismo y “caedere”, matar (matarse a sí mismo) creado por Desfontaines. Literalmente, suicidio significa “el acto a través del cual la persona se provoca voluntariamente la muerte a sí misma” (López, 1993).

Probablemente el suicidio ha existido desde siempre y en muchas sociedades, pero a lo largo del tiempo ha cambiado la actitud hacia él.

En la antigüedad, en países como Japón, China y gran parte de Europa, el suicidio no solo era frecuente sino que en muchos casos era honroso. En el 1820, el médico J. P. Falret señaló que el suicidio era resultado de un "trastorno mental" y en 1838, Esquirol, se refirió al acto suicida como consecuencia de una crisis de tipo afectiva (Castro, 2007).

Anteriormente a la era cristiana, en la Roma clásica, el suicidio era entendido de una forma favorable. Se entendía que la vida merecía la pena ser vivida en términos de cualidad más que de cantidad. Con el advenimiento del cristianismo, el suicidio es considerado un acto contrario a la razón y pecaminoso. San Agustín en el siglo IV y, más tarde, en el XIII, Santo Tomás de Aquino aporta teóricamente a esta posición. Esta idea ha sido fundamental en el mundo occidental hasta casi nuestros días y ha penetrado la sociedad a través de generaciones. Por otro lado, un aspecto importante sobre el suicidio es el tratamiento legal que la mayoría de los países occidentales le han dado; (hasta el año 1961 el suicidio estaba penado en Inglaterra, por ejemplo) (Castro, 2007).

El siglo XVIII trae nueva luz con la aparición de Rousseau quién parece desplaza a la sociedad el pecado, y con Hume, el cual trata de descriminalizar el acto suicida. A finales del siglo XIX, Morselli (1879) y el sociólogo francés Durkheim (1897)

introducen los factores sobre los cuales se basarían los estudios posteriores y las teorías sociológicas sobre el suicidio (Castro, 2007).

2.1 Definición

Desde su incorporación conceptual hasta la fecha, distintos autores le han concedido distintas interpretaciones y conceptos. Una de las definiciones más utilizadas para referirse al suicidio es la que propuso Durkheim en su obra clásica *El suicidio* (1897); donde considera como suicidio todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo realizado por la víctima, sabiendo ella que debería producir este resultado.

Delmas (1932) define el suicidio como el acto por el cual un hombre lúcido, pudiendo optar por vivir resuelve morir independientemente de toda obligación ética.

Según Durkheim (citado en González Forteza, et al., 2002) no es una respuesta solo de factores individuales, sino que estos se entrelazan con condiciones alienantes de la sociedad que favorecen su desintegración y que desde la perspectiva sociológica contribuyen a describir y explicar las tasas de suicidio e intentos en distintos contextos socioculturales y periodos de tiempo.

Tipos de suicidio según Emilio Durkheim:

- Altruista, llamado de esta forma porque respondía a los imperativos de la colectividad (Pueblos primitivos que educaban a sus miembros para renunciar a sí mismos).
- Egoísta, empezaron a presentarse como producto de un exceso de individuación y del proceso de disgregación social.
- Anómico (anomia- sentirse perdido o confundido) fuertes trastornos que se generan por faltas de reglas sociales y una desorientación porque la sociedad no llega a influir suficientemente sobre sus miembros.
- Suicidio pasivo particularmente en adolescentes y jóvenes. Explicaría un incremento en accidentes debidos a actos temerarios arriesgados.

En este sentido se podría explicar el suicidio como una decisión basada en la acumulación de largas frustraciones y en la falta de satisfacción de necesidades vitales en la vida de un individuo. Se llama suicidio todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado (Durkheim, 1994).

Desde el punto de vista psicoanalítico el suicidio se considera un acto “logrado”. Es decir un encuentro siempre fallido con el Otro. En este sentido se constituye en un intento de lograr separar en el plano real lo que no se logra o se logra fallidamente en lo simbólico. En este sentido el suicidio es siempre un acto singular (Mancilla, 2010).

Socialmente se suele buscar las causas que llevan a un suicidio, pero la causa de un suicidio estructuralmente es una causa vacía, que responde a una trama subjetiva singular. Es así que el rastreo con el fin de encontrar situaciones de malestar nunca lleva a buen puerto, porque un problema dado no basta para provocar suicidio (Mancilla, 2010).

Se entiende por suicidio “la muerte autoinflingida con evidencia implícita o explícita de que la persona quería morir” (Soler & Gascón, 2005).

El suicidio es un fenómeno complejo, debido a que influyen diversos factores de riesgo, como biológicos, psicológicos, sociales, entre otros; sin embargo, puede ser predecible a través de la conducta suicida (ideación, planeación e intento) dada esta situación la Organización Mundial de la Salud (OMS) fomenta en todo el mundo compromisos y medidas prácticas para su prevención, instituyendo así el 10 de septiembre como el Día Mundial para la Prevención del Suicidio (OMS, 2012).

Algunos autores Buendía, Riquelme y Ruiz (2004) mencionan que otro de los problemas a considerar es que, si bien es cierto que el término suicidio comúnmente se utiliza para hacer referencia a una conducta voluntaria, no todos los comportamientos “suicidas” están motivados por el deseo consciente de morir, ni siquiera ocasionarse daño, muchas veces solo constituyen un grito de ayuda, una expresión de desesperanza, desesperación, enojo, desamparo y frustración.

El suicidio no es en sí una enfermedad, ni necesariamente la manifestación de una enfermedad, pero los trastornos mentales son un factor importante asociado con el suicidio. Recientemente, la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (1999) llevó a cabo un estudio a gran escala de más de 5500 individuos que se suicidaron. Los resultados sugieren que casi el 98% de las personas estudiadas o bien había sido diagnosticado o mostró síntomas que indica un trastorno mental (Counselling Psychology Quarterly, 2004).

Rudd et al. (2001) explican que, la disforia emocional actual como la depresión, especialmente cuando se combina con la desesperanza, impotencia, culpabilidad, anhedonia y la ansiedad, son marcadores de tendencias suicidas potencial que no deben pasarse por alto.

Por otro lado los investigadores han demostrado que la desesperanza (Beck & Freeman, 1990) la poca capacidad de resolución de problemas (Nezu et al., 1989) dificultades en las relaciones interpersonales, y la rigidez cognitiva pueden contribuir a un paradigma de diátesis - estrés- desesperanza que culmina en las tendencias suicidas (Counselling Psychology Quarterly, 2004).

A partir de la década de 1970 se comienza a observar en nuestro país suicidios en el grupo de infantes y escolares en un rango de edad de cinco a 14 años. De 1990 a 2001, el mayor incremento de suicidios por grupo de edad se observó en mujeres en edades de 11 a 19 años, triplicándose la tasa por 100 000 habitantes de 0.8 a 2.27 y en los hombres se duplicó de 2.6 a 4.5.8. Diversos estudios evidencian que los intentos de suicidio se inician desde la etapa escolar (Miranda et al., 2009).

Una investigación realizada en la Ciudad de México, por González et al. (2002) sobre la conducta suicida en adolescentes determinó que la proporción con la que intentaban suicidarse fue de 3 mujeres por cada varón, el intento de quitarse la vida es un factor de riesgo para el suicidio consumado y el haber intentado varias veces aumenta la vulnerabilidad del sujeto.

La OMS (2001) refiere que México ha mostrado un incremento del 62% en la tasa de mortalidad por suicidio en los últimos 15 años, donde se observa un incremento del

150% de 1990 al 2000 en niños de 5 a 14 años, y de 74% en jóvenes de 15 a 24 años. El INEGI (2009) señaló que para 1997, la muerte por suicidio era la cuarta causa de mortalidad en jóvenes de entre 15 y 24 años. Para el año 2000, la reportó como la séptima causa entre los 5 y los 14 años y la tercera en adolescentes. Y para el 2003 la ubicó en segundo lugar en la población de 10 a 14 años. En otro informe presentado en 2009, se refirió que de 5190 muertes por suicidio, 192 se presentaron entre los 10 y 14 años de edad y 1420 entre los 15 y 24 años.

El INEGI (2013) reportó en México la mayor proporción de muertes por suicidio con respecto al total de muertes violentas (14,9%) corresponde al grupo de 15 a 19 años de edad. De carácter multifactorial, el suicidio adolescente es un fenómeno biopsicosocial complejo donde uno de los modelos para su comprensión toma en consideración los factores de riesgo y los factores de protección, así como determinantes de la salud y la enfermedad (Lucio & Hernández, 2016).

Este modelo de salud mental supone que el riesgo suicida adolescente es el producto de procesos individuales (incluidos los procesos cognoscitivos, y los factores bioquímicos, psicológicos y psicopatológicos) que interactúan con macro procesos (por ejemplo, la exposición a sucesos adversos de la vida) y tienen como mediadores a los ambientes familiar, social, cultural y económico, entre otros. Recientemente, por ejemplo, se ha destacado la influencia del Internet en grupos vulnerables de adolescentes que han hecho algún intento de suicidio, así como otras autolesiones (Hernández, 2009).

Por lo que se vuelve importante generar trabajos de investigación que den cuenta del fenómeno suicida en la infancia, ya que como mencionan Miranda et al. (citado en Lucio & Heredia, 2013) el inicio del comportamiento suicida se reporta alrededor de los 10 años de edad y muestra su punto más peligroso alrededor de los 15 años.

En 1999, la OMS lanzó el programa SUPRE (Suicide Prevention) una iniciativa mundial para la prevención del suicidio. Este documento forma parte de una serie de instrumentos preparados como parte del SUPRE y dirigidos a grupos sociales y profesionales específicos, particularmente relevantes en la prevención del suicidio.

Representa un eslabón en una cadena larga y diversificada que comprende una amplia gama de personas y sectores, incluyendo profesionales de la salud, educadores, organizaciones sociales, gobiernos, legisladores, comunicadores, oficiales de la ley, familias y comunidades (OMS, 2013).

La fiabilidad de los sistemas de certificación y notificación de los suicidios requiere importantes mejoras. Es evidente que la prevención del suicidio requiere también la intervención de sectores distintos del de la salud y exige un enfoque innovador, integral y multisectorial, con la participación tanto del sector de la salud como de otros sectores, como por ejemplo: los de la educación, el mundo laboral, la policía, la justicia, la religión, el derecho, la política y los medios de comunicación (OMS, 2013).

Siguiendo con lo anterior, existen una serie de criterios equivocados o mitos sobre el suicidio que no revisten veracidad científica y constituyen un obstáculo para la prevención de dichas conductas por lo fuertemente instaladas que se encuentran en la población general (OMS, 2000; Pérez, 2013). Así mismo si los psicólogos pueden permanecer conscientes y abiertos a los mitos, hay una mayor probabilidad de evaluar de manera objetiva el riesgo de suicidio (Counselling Psychology Quarterly, 2004).

Se detallan aquellas que se consideran de mayor utilidad, adjuntando a las mismas los fundamentos que las invalidan:

- Las personas que hablan de suicidio, no cometen suicidio. La mayoría de las personas que se suicidan o intentan, lo han comunicado con antelación (las estadísticas demuestran que nueve de cada diez manifestaron claramente esos propósitos, y la restante lo dejó entrever).
- Los suicidas solo desean morir y nadie puede sacarles esa idea. Es muy frecuente que presenten sentimientos ambivalentes (deseos de vivir y morir simultáneamente) al respecto.
- Un intento de suicidio implica que siempre tendrá ideas suicidas. Cuando se han podido elaborar los conflictos que llevaron a un intento, no necesariamente se repite.

- La mejoría inmediata después de una crisis suicida significa que salió del riesgo. Casi la mitad de las personas que atravesaron una crisis suicida o cometen suicidio, lo llevaron a cabo dentro de los tres primeros meses donde se creía que la crisis había pasado. La mejoría súbita indica por lo general que la persona ha tomado la decisión y llevará adelante su plan, ya que ahora debido a la mejoría posee energía y voluntad para hacerlo.
- Si se le habla del deseo de morir a una persona con ideas suicidas se lo empuja a que lo haga. Preguntarle lo saca del aislamiento y le ofrece la oportunidad de comentar cuestiones que pueden estar atormentándolo. Hablar, actúa como freno del impulso, no como potenciador del mismo.
- Las personas con conductas autodestructivas lo hacen para llamar la atención. Todo comportamiento autodestructivo es grave y puede ser letal, por lo que debe tomárselo muy seriamente y brindarle ayuda profesional. Nunca debe desestimarse.
- El suicidio se comete sin previo aviso. Suele haber muchas señales verbales y extraverbales previas al acto.
- Todo el que se suicida está deprimido. Aunque toda persona deprimida es un potencial suicida, no todo el que comete un acto suicida lo está, puede ser un individuo con trastorno de personalidad, alcohólico, etc.
- El suicidio se hereda. No se hereda, puede que se imite un comportamiento o que se herede la predisposición a tener cierta enfermedad en la que el suicidio pueda ocurrir, como esquizofrenia, trastornos afectivos (OMS, 2000; Pérez, 2013).

A continuación se presentan datos epidemiológicos del suicidio esto con el fin de comprender la relevancia e importancia de su estudio.

2.2 Epidemiología

Las cifras globales describen que 803.900 personas se suicidan cada año, lo que equivale a 1 muerte cada 40 segundos. Y se estima que hay al menos 20 intentos fallidos por cada caso de muerte. Los datos mundiales reflejan que un millón de

personas se suicidan al año y que esta cifra aumentará hasta el millón y medio hacia el año 2020. El suicidio es la quinta causa de muerte en el mundo, si se consideran todos los grupos etarios (OMS, 2012).

A medida que muchas sociedades comienzan a abrir el diálogo público en torno a los problemas mentales (y mientras muchas otras aún no lo hacen) expertos en salud pública alertan de la necesidad de confrontar una "epidemia" particular: la del suicidio de los adolescentes.

De acuerdo con la OMS (2014) la distribución regional de los suicidios en el 2012 muestra que el 75% de los suicidios en todo el mundo tienen lugar en países con ingresos bajos y medios, como el sureste asiático, el pacífico occidental, África, América, el este del Mediterráneo y Europa. Y lo que es más importante, las diferencias de riqueza parecen tener un impacto particularmente fuerte sobre los adolescentes.

Siguiendo con los datos anteriores, las muertes por propia decisión alcanzan el punto más alto en los jóvenes de entre 10 y 25 años de los países de ingresos bajos, sin embargo ese despunte no es visible en las sociedades más ricas. Lo que significaría que los adolescentes y jóvenes corren un mayor riesgo de suicidio en condiciones de mayor pobreza (OMS, 214).

En términos de género, la tendencia mundial indica que se suicidan más hombres que mujeres, pero en los países más pobres, donde las mujeres son más vulnerables, por lo que llevan a término los suicidios en mayor medida que sus pares con mayores recursos. Así lo confirman las estadísticas: mientras que en los países más ricos se suicidan tres veces más hombres que mujeres, en las naciones de ingresos bajos y medios esa proporción es de 1,5 hombres por cada mujer (OMS, 2012).

Según la OMS y el Centro para el Control de las Enfermedades (CDC) 1.3 millones de adolescentes mueren en el mundo cada año, la mayoría por causas tratables o prevenibles.

Entre las principales causas de muerte en adolescentes encontramos:

1. Accidentes viales que representan la principal causa de muerte en el mundo con el 11.6% del total de muertos.
2. Suicidios están en el segundo lugar mundial, con el 7.3% del total.
3. VIH /SIDA y enfermedades respiratorias
4. Violencia interpersonal

Entre las regiones del mundo con tasas alarmantes y a la alza de suicidio, se encuentran el sureste asiático, donde el suicidio es ahora la principal causa de muerte entre jóvenes de 15 a 19 años. Y una de cada seis muertes de adolescentes mujeres en esta región se debe al suicidio (OMS, 2012).

En España, el suicidio es la segunda causa de muerte (no natural) entre jóvenes entre 15 y 25 años; y la sexta causa de muerte (no natural) entre niños con edades comprendidas entre 5 y 14 años (OMS, 2012).

Se registran cerca de 3.500 suicidios al año. En el 90% de los casos se estima que la persona presentaba algún trastorno mental. Las personas afectadas por una depresión mayor, presentan una probabilidad de riesgo suicida 20 veces superior frente a la población general. Las personas afectadas por una trastorno bipolar presentan una probabilidad de riesgo suicida 15 veces superior en comparación con la población general (OMS, 2012).

En África las cifras también son críticas: allí, la tasa de mortalidad por esta causa es de 9 por cada 100.000 habitantes, más alta que en cualquier otra región con excepción del sureste asiático (cuyo índice es de 25 por cada 100.000).

La India es el país con mayor índice con 35.5 % y el único donde las mujeres jóvenes se suicidan en mayor medida que los hombres. Seguido de Zimbabue con el (30.9%), Kazajistán (30.8%), Guyana (29.7%), Surinam (28.2%) (OMS, 2012).

En América latina los cinco países con el índice de suicidio más alto son Bolivia con el (20.6%) casos por cada 100.000 personas de población, seguido de El Salvador (17.6%), Chile (16.5%), Ecuador (15.7%) y Argentina (13.8 %) (OMS, 2012).

Por otro lado los países con menor índice de suicidios son, Perú, Panamá, República Dominicana, Venezuela y Haití.

Otra cifra preocupante es que Bolivia es el tercer país del mundo con el índice de suicidio más alto entre los niños de 5 a 14 años, solo precedido por Burundi y Mozambique.

Mientras que en la mayoría de los países de la región las tasas de suicidio se han reducido en general durante la última década, en algunas naciones el número creció entre 2000 y 2012, como en Guatemala (21%) México (17%) Chile (14%) y Brasil (10%). Teniendo en cuenta el género, en Chile, la tasa de suicidio entre las mujeres, en todos los grupos de edad, creció en un asombroso 98% entre los años 2000 y 2012.

Por otra parte; en México, la tasa de suicidios aumentó considerablemente un 50% durante el 2011, por lo que en ese año, se clasificó como la segunda causa de muerte en jóvenes y la cuarta en adultos de nuestro país; cada 24 horas fallecen alrededor de 16 personas jóvenes por suicidio, y las autoridades sanitarias estiman que este problema puede rebasar a la mortalidad por diabetes. Durante el 2012, a nivel nacional, los suicidios en México llegaron a ser 5,190 en la última estadística: 4201 varones y 989 mujeres. La mayoría prefirió el mes de mayo, la minoría, febrero; a la gran mayoría le realizaron necropsia, a menos de 300 no le hicieron estudios (por lo cual hay muchos datos "no específicos" en todas las estadísticas) (INEGI, 2012).

En 2014 se registraron 6 337 suicidios, 98.1% de ellos (6 215) ocurrieron en ese mismo año; estos últimos representan 1% del total de muertes ocurridas y registradas en 2014, colocándose como la décimo quinta causa de muerte a nivel nacional, con una tasa de 5.2 decesos, lo que muestra un aumento respecto a la tasa de 2013, que fue de 4.9 muertes por cada 100 mil habitantes (INEGI, 2014).

En el Estado de México, esta problemática se duplicó en los últimos 12 años, al pasar de 246 defunciones en 1998 a 637 fallecimientos en el 2010; uno de cada 10 mexiquenses entre 15 y 24 años presentan la mayor tendencia al suicidio debido a fuertes cuadros depresivos. Estos cuadros son originados por la pérdida de un ser querido o de pareja sentimental, distanciamiento familiar, problemas económicos o en

la escuela. Los principales espacios donde ocurren dichas muertes son las habitaciones donde se dan los ahorcamientos; los puentes u obras a desnivel, y la mayoría de las personas que acceden a este tipo de conductas omite las muertes violentas (INEGI, 2010).

El suicidio en México es un fenómeno que presenta significativas diferencias por sexo, las cuales se han mantenido e incluso aumentado en el transcurso del tiempo; en 2014, la tasa de mortalidad masculina por esta causa fue de 8.5 y en mujeres de 2.0 por cada 100 mil, para ambos sexos, la tasa de 2014 resulta la tasa más alta de muertes por lesiones autoinflingidas desde el año 2000. El 40.2% de los suicidios en el 2014, se trató de jóvenes de 15 a 29 años, entre este grupo de edad, la tasa alcanza 7.9 suicidios por cada cien mil jóvenes (INEGI, 2016).

2.3 MANIFESTACIONES DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA

La OMS define el acto suicida como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención y de que conozcamos o no los verdaderos motivos, y el suicidio como la muerte que resulta de un acto suicida, es decir, el suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de la conducta suicida. Aunque el espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación suicida: amenazas, gesto, tentativa y hecho consumado (Pascual, Villena, Morena, Téllez, & López 2005).

Por tanto, se puede diferenciar entre:

- Conductas suicidas: son las encaminadas a conseguir consciente o inconscientemente el acto suicida.
- Riesgo de suicidio: es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida.
- Suicidio consumado: es el acto suicida que se ha llevado a cabo con éxito.
- Suicidio frustrado: acto suicida que no ha conseguido el objetivo por alguna circunstancia imprevista.
- Simulación suicida: es el acto suicida que no cumple su objetivo, porque se ha fingido o se ha presentado algo como real, cuando no existía una auténtica intención de consumir el acto.
- Ideación suicida: son los pensamientos y planes para llevar a cabo un acto suicida. Incluye el deseo de morir, la representación suicida, la idea suicida sin planeamiento de la acción, con un plan inespecífico aun, con un método específico no planificado.
- Gesto suicida: es dar a entender con actos, que suelen tener algún simbolismo sobre una acción suicida que se realizará. Sería una forma de expresión cuando la amenaza ocurre teniendo los métodos a disposición, pero sin llevarla a cabo. Por ejemplo, tener las pastillas en la mano, pero sin tomarlas.

- Amenaza suicida: es dar a entender con palabras a sobre una acción suicida que se realizará. Engloban a todas aquellas expresiones verbales o escritas que manifiestan el deseo de matarse.
- Suicidio colectivo: la conducta suicida que llevan a cabo varias personas a la vez. En este tipo de suicidios lo normal es que una persona del grupo sea la inductora y el resto los dependientes. Los suicidios en grupo, tanto si implican un gran número de personas como si sólo son dos (como un par de enamorados o cónyuges) representan una forma extrema de identificación con la otra persona. Los suicidios de grandes grupos de gente tienden a ocurrir en sectas y en situaciones con una gran carga emocional.
- Suicidio racional: una persona que inmerso en una enfermedad crónica, incapacitante, deterioro progresivo, toma la decisión de que suicidarse es la solución a su sufrimiento.
- Intento de suicidio: se engloban aquellos actos autolesivos deliberados con diferente grado de intención de morir y de lesiones que no tienen un final letal.
- El parasuicidio, intento de suicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o lesión deliberada sería el conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse. Forman parte del parasuicidio las autolaceraciones (como cortes en las muñecas) los autoenvenenamientos (ingestión medicamentosa) y las autoquemaduras.
- Se considera intento de suicidio a toda acción autoinflingida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual y/o referido por el consultante y/o acompañante (OMS, 2010).

Aunque en Estados Unidos se utiliza el término intento de suicidio mientras en Europa se denomina parasuicidio o daño autoinfligido deliberado. En los últimos años se ha empezado a distinguir entre conducta suicida mortal y conducta suicida no mortal, diferenciación que parece más adecuada (Pascual et al., 2005).

La ideación suicida es entendida como la presencia de pensamientos, planes o deseos de cometer suicidio (Beck, 1993). Otra definición más reciente, señala que

una idea suicida es cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio, haciendo algún plan o identificando los medios necesarios para conseguirlo y que la gravedad de la ideación suicida reside en la persistencia o estabilidad temporal (Mingote, Jiménez, Osorio, & Palomo 2004).

Es importante destacar que dichas ideas o pensamientos son parte del proceso normal de desarrollo en la infancia y adolescencia cuando el menor trata de responder a problemas de su existencia. Sin embargo, se vuelven anormales cuando el suicidio constituye la única opción para resolver sus dificultades. La gravedad de la ideación suicida reside en la persistencia o estabilidad temporal.

Los sucesos de vida estresantes o adversos pueden disparar un acto suicida, aunque esta asociación ocurra probablemente solo entre individuos que poseen una vulnerabilidad al suicidio (Hernández, 2006).

En un estudio realizado por Hernández y Lucio (2006) se encontró que los sucesos mayormente asociados entre sí son la ideación suicida con los familiares y personales.

Según Lucio y Hernández (2016) en estudios con población adolescente mexicana, se ha identificado una asociación entre ideación, planeación e intento con sucesos de vida del orden social y de la salud, sin encontrar diferencias significativas importantes de acuerdo al género. Es así que, en el caso de ideación suicida, el riesgo casi se triplica en aquellos expuestos a sucesos sociales de tipo negativo que en los no expuestos; en el caso de la planeación e intento, el riesgo es tres veces mayor entre los expuestos a sucesos de vida negativos del área de salud que entre los no expuestos. Cuando se examinan situaciones del área social, cabe citar, dificultades con los amigos o la pareja, mientras que en el área de salud, las identificadas han sido las situaciones relacionadas con el uso de sustancias.

En general, el riesgo de presentar ideas, planes o intentos de suicidio se cuadruplica cuando el adolescente ha estado expuesto a sucesos negativos, mientras que el haber estado expuesto a sucesos de tipo positivo parece proteger tal riesgo, particularmente el de desarrollar planes.

Por otra parte Valadez (2004) menciona que, Ideación suicida puede referirse desde pensamientos fugaces sobre que la vida no merece la pena vivirse, pasando por intensas preocupaciones con fantasías autodestructivas, hasta planes muy explícitos y bien meditados para matarse. La ideación se puede concebir como el antecedente del intento suicida, y es el principal predictor de futuros intentos e incluso del suicidio consumado. La mayoría sujetos que intentan suicidarse o de hecho lo consiguen avisan con anterioridad en forma de ideación suicida verbalizada.

En un estudio realizado en la ciudad de México, con estudiantes de 10 a 13 años de edad; se encontraron factores psicológicos asociados a la ideación suicida, como son; la depresión. Los resultados de los grupos, mostraron que el grupo con ideación suicida presenta mayores estados depresivos en comparación con el grupo sin ideación, la Autoestima, el grupo con ideación presentó una Autoestima más baja en comparación con el grupo sin ideación, con respecto a la Ansiedad, se observó que el grupo con ideación, presento un nivel mayor de Ansiedad alta y media en comparación con el grupo que no presento ideación (Miranda, Cubillas, Román, Rosario, & Abril, 2009).

Según Durkheim (citado en Valadez, 2004):

- Tentativa de suicidio sería el mismo acto que define como suicidio, solo que detenido en su camino, es decir antes de que dé como resultado la muerte del sujeto.
- Parasuicidio, acto de autoagresión que no hace referencia a la motivación de la misma.

Según la OMS (2004) define el acto suicida como todo hecho por el que el individuo se acusa a sí mismo una lesión con independencia de su intención y motivación. Definición más amplia que aborda el tema de las autolesiones donde las motivaciones para morir no son muy claras, y el tema de la intencionalidad. Ya que por definición, para considerarse un comportamiento o acto suicida, debe llevar de manera implícita el deseo de morir.

A su vez las Intencionalidades conscientes, serian: el chantaje, demandar atención ante una situación vivida como desesperada, escapar de un peligro o amenaza, una manera de agredir psicológicamente a otros con la responsabilidad de la propia muerte, una crisis interpersonal – búsqueda de identidad (sentimientos de desesperación y confusión) (Valadez, 2004).

La mayor parte de los estudios y estadísticas nacionales e internacionales, reportan que dichas conductas van en aumento y que se han incrementado en las últimas décadas de manera considerable (Bella, Fernández, & Willington, 2010). De tal forma que el suicidio ha sido declarado un problema de salud pública a nivel mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010).

Existen varios factores asociados con este tipo de conductas, tales como: síntomas depresivos y ansiosos, consumo de sustancias nocivas, trastornos de conducta, violencia familiar, negligencia y abuso sexual en la infancia. Otro elemento que interfiere en el estudio del concepto de muerte tiene que ver con la historia personal, ya que para la comprensión total de la muerte intervienen factores como la edad, la madurez, las experiencias personales y familiares relacionadas con la muerte, las creencias religiosas y las actitudes del medio sociocultural (Borges, 2008).

El acto suicida en la adolescencia se ha afirmado que generalmente se da en la cima de una crisis interpersonal, búsqueda de identidad (todos tenemos la necesidad de identificar nuestro puesto en el mundo y tener papeles apropiados con los cuales nos percibamos a nosotros mismos y somos percibidos por otros) identidad negativa y la identidad transitoria. (Valadez, 2004).

De acuerdo con Rivera y Andrade (2008) el comportamiento suicida puede ser identificado como un proceso que inicia con la ideación, continua con las tentativas y concluye con el suicidio. El comportamiento suicida es un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de riesgo (Pérez & Mosquera, 2002).

Según Barón (2000) el adolescente ve en el acto suicida la solución a sus problemas existenciales, sean estos familiares o personales. El suicidio es para el adolescente una expresión de angustia, tristeza, enojo, frustración, de carencia de necesidades emocionales e incluso, puede llegar a ser una expresión de venganza o de castigo hacia los otros.

Según Márquez Tost (2002) si queremos entender y hablar del suicidio adolescente es importante hacer una diferenciación entre el adolescente suicida y el suicida adolescente. El primero, nos estaría hablando de aquel joven patológico que a toda costa desea terminar con su vida, desea la muerte, la busca y muchas veces la consigue. El segundo es el suicida imaginario que se recrea con la fantasía de la muerte, piensa que no es tan malo querer morir, ya que todo el mundo muere y algunos, incluso imaginan como morir; en momentos de tristeza, vivir les resulta doloroso y recrear la muerte los ayuda: la buscan para vivir.

Sobre esto se dice que “Hay muchos adolescentes que tienen fantasías suicidas normales y sanas, y otros que las tienen de una manera patológica, pero el problema con el que nos enfrentamos es que la frontera entre lo normal y lo patológico es a veces tenue, difusa y muchas veces difícil de distinguir...” (Márquez, 2002, p. 111).

Estos deseos de muerte por suicidio suelen incrementarse después de la pubertad en ambos sexos, ya que se dan complejas interacciones entre los niveles de organización de comportamiento interpersonal, social, biológico y cognitivo (Márquez, 2002).

Un factor precipitante de la conducta suicida en la adolescencia se refiere a los problemas en las relaciones amorosas, que están relacionados con el abandono real o fantaseado de un objeto amoroso que puede ser un padre, un familiar, pareja o amigo, es decir, una persona que sea significativa; esta pérdida por lo general, es reciente y se enlaza con las anteriores y aún más con las sufridas en la infancia temprana.

También se han relacionado con la dinámica suicida adolescentes las dificultades escolares, financieras, la soledad, el abandono y dependencias como el alcoholismo y el uso ocasional (medio o severo) de drogas, lo cual se puede

correlacionar con un comportamiento impulsivo. Para Groholt, Ekeberg, Wichstrom y Haldorsen (2005) existe una relación directa entre depresión y soledad que impacta en la autoestima de los adolescentes suicidas principales factores que explican una autoestima baja.

De acuerdo con Barón (2000) el intento de suicidio del adolescente se traduce como: la expresión de un deseo de cambio, el poner fin a una situación, el dejar de sentir algo que le afecte, puede ser una forma de reacción ante la impotencia para cambiar una situación o hecho insoportable. Se señala también, que a nivel intrapsíquico, de fondo aparece un sentimiento de omnipotencia infantil, en el que el adolescente con su acto podrá modificar las circunstancias en su entorno.

En el adolescente suicida, según Márquez (2002) es frecuente encontrar un alejamiento tanto de la familia como de su entorno social. Se encierra en sí mismo y se vuelve solitario, lo que causa un empobrecimiento en sus relaciones sociales y se siente desesperado, apático, inseguro y rechazado, por lo que se observa aislado. En la adolescencia se tiende por manifestaciones agresivas que no pueden manejar y que se convierten en equivalentes suicidas, tales como la propensión a accidentes y el comportamiento antisocial.

La investigación ha documentado que la personalidad es un eje de análisis de los correlatos incidentes en el intento de suicidio en adolescentes. La evidencia menciona que los trastornos psicoafectivos (González-Forteza, Berenson, Tello, Facio & Medina-Mora, 1998) la ansiedad (Goldston, Reboussin & Daniel, 2006) la impulsividad (Horesh, Gothelf, Weizman & Apter, 1999) el neuroticismo (Beautrais, 1998) la extroversión (Roque et al., 2004) o rasgos de personalidad como paranoia, psicastenia o desviación psicopática (Loza, Lucio & Durán, 1998) y especialmente el rol que tiene factores intermediarios - en particular, la depresión (Goldston et al., 2006; González-Forteza, Ramos, Caballero & Wagner, 2003) - se han postulado como explicaciones del intento de suicidio (Palacios, Sánchez & Andrade, 2010).

La personalidad es el conjunto organizado -y por lo general estable- de rasgos psicológicos y mecanismos de un individuo, que ejercen cierta influencia en sus interacciones y adaptaciones al medio (Lucio & Hernández, 2016).

En el rubro de la personalidad disfuncional se han seguido dos sistemas nosológicos, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, DSM-IV, y el Capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, CIE-10.

De acuerdo al DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) el comportamiento suicida supera la media en niños y adolescentes que presentan los siguientes trastornos psiquiátricos: depresión, trastornos de ansiedad, abuso de alcohol y drogas, trastornos alimentarios y trastornos psicóticos. A si mismo se ha asociado a:

- Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. La ideación suicida, las tentativas de suicidio y los suicidios consumados se dan con una frecuencia superior a la esperable en los trastornos de conducta [312.8]. Los adolescentes están predispuestos a sufrir depresión, a presentar ideación suicida y a cometer intentos de suicidio en el trastorno de la identidad sexual [302.x].
- Trastorno depresivo mayor [296.x] se asocia a ideas, intentos y consumaciones de suicidio. Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas (Criterio A9, Episodio depresivo mayor). Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre como cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los sujetos con menor riesgo suicida pueden referir pensamientos transitorios. (1 ó 2 minutos) y recurrentes (una o dos veces a la semana). Los sujetos con más riesgo suicida puede haber comprado materiales (por ejemplo, una cuerda o un arma) para usarlos en la tentativa de suicidio y pueden haber fijado un lugar y un momento en el que saben que estarán solos y podrán así suicidarse.

- Los Trastornos adaptativos [309.x] están asociados a un aumento del riesgo de suicidio e intentos de suicidio. La mortalidad de largo plazo en personas hospitalizadas por anorexia nerviosa [307.1] en centros universitarios es del 10%. La muerte se produce principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico. Algunas personas presentan amnesia disociativa [300.12] en episodios de automutilación, de explosión de violencia o de intentos de suicidio. La intoxicación o abstinencia (en trastornos relacionados con sustancias) pueden aumentar también el riesgo de suicidio, la violencia y el comportamiento impulsivo en sujetos con un trastorno antisocial o límite de la personalidad previo.
- Trastorno antisocial de la personalidad [301.7] tiene más probabilidades que la población general de morir prematuramente por causas violentas (por ejemplo, suicidio, accidentes y homicidios). Pueden existir comportamientos impulsivos y antisociales, amenazas e intentos de suicidio y conflictos matrimoniales como síntomas / trastornos asociados a trastornos somatoformos [300.x]. De igual manera, en la esquizofrenia [295.x] el suicidio es un factor importante, porque aproximadamente el 10 % de los sujetos se suicidan (Hernández, 2007).

Si bien estos comportamientos están asociados estadísticamente con las tentativas de suicidio y pueden ser útiles para la identificación del grupo de alto riesgo, muchos estudios han demostrado que no es posible predecir con exactitud cuándo o en qué momento un determinado sujeto deprimido va a intentar el suicidio. Los motivos para el suicidio pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculos insalvables o un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso, que es percibido como interminable (Hernández, 2007).

No obstante, desde la más reciente aparición del DSM-5, en los servicios de psicología y psiquiatría en México se ha optado por seguir el sistema clasificatorio de la OMS, ya que ambos sistemas se corresponden mutuamente en su cuarta (DSM-IV-TR) y décima (CIE-10) revisión, respectivamente. Siguiendo este último esquema, se ha documentado la presencia de un mayor riesgo suicida o riesgo incrementado de autolesión en los adolescentes afectados por (ordenado según la prevalencia de la

conducta autolesiva o muerte por suicidio): Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (49), Trastornos destructivos , del control de los impulsos y de la conducta (243), el Trastorno bipolar y trastornos relacionados (71),Trastornos depresivos (103) y los Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos (253)

Cabe recordar aquí la comorbilidad, ya que resulta útil tomar en cuenta la existencia de dos o más trastornos en una persona, en cuanto exacerban la posibilidad del comportamiento suicida y/o autolesivo (tanto en los adolescentes como en la población adulta).

Otro aspecto del análisis de la personalidad disfuncional es el referente a la etapa del desarrollo adolescente. Mientras que uno de los diagnósticos que más se asocia al riesgo suicida es el trastorno de personalidad limítrofe (baja tolerancia a la frustración, impulsividad, irritabilidad, alta demanda emocional, entre otros descriptores) en realidad esa postura puede resultar problemática pues, de acuerdo con la psicología del desarrollo, la personalidad no estaría totalmente estructurada en esta fase, sobre todo entre los más jóvenes. Sin embargo, tanto en el ámbito psiquiátrico como en el psicológico, uno de los principales retos continúa siendo la heterogeneidad de los perfiles en adolescentes que han intentado quitarse la vida y que no presentan un diagnóstico de trastorno mental (o de personalidad). Lo anterior sugiere que más allá de una diversidad de perfiles de personalidad, existirían en todo caso diferentes subtipos de adolescentes que atentan contra su vida (Lucio & Hernández, 2016).

Barón (2012), menciona “El adolescente con alto riesgo de suicidio puede presentar rasgos tales como: ser solitario, aislado, replegado sobre sí mismo, frecuente pocos amigos y no tiene un confidente real. No confía en nadie y se siente automáticamente excluido y rechazado por el grupo de pares”.

En el estudio realizado por Lucio y Hernández (2016) con adolescentes de escuelas públicas en la Ciudad de México, se identificó que el grupo de mujeres adolescentes en riesgo alto fue identificado con dificultades para manejar el enojo, resentido por una parte y por otra, excesivamente demandantes de atención, afecto y

empatía. Además, tendían a culpar a los demás de lo que les pasaba. También esas adolescentes mujeres se mostraron egocéntricas y desafiantes, con una tendencia a somatizar sus problemas y con poca capacidad de introspección.

Estas adolescentes mujeres generalmente son referidas por sus padres por presentar síntomas que incluyen actitudes desafiantes, desobediencia y negativismo; son suspicaces y desconfiadas de los motivos de los demás y característicamente evitan el apego emocional profundo. Pueden presentar poca introspección sobre sus dificultades psicológicas, y sus conductas frecuentemente resultan en rechazo y enojo de los demás (Lucio & Hernández, 2016).

Así mismo mencionan los autores que los hallazgos con este tipo de perfiles de personalidad sugieren que estas adolescentes son percibidas como inmaduras, que fácilmente se frustran, son impacientes y desafiantes, y de pensamiento concreto. Pueden presentar grandes discrepancias en la forma que se perciben a sí mismas y el modo en que son percibidas por otros. Habitualmente, estas adolescentes son referidas a psicoterapia como resultado de conflictos recurrentes con los padres, los cuales pueden constituirse en peleas crónicas e intensas. Más aún, típicamente no controlan sus impulsos y actúan sin sopesar adecuadamente los resultados de sus acciones. Los problemas con figuras de autoridad también son prevalentes entre estas adolescentes, por lo que se les describe como provocadoras. A pesar de que recurren al acting-out (actuar los impulsos sin reflexionar) como mecanismo de defensa, no es común el uso de sustancias (Lucio & Hernández, 2016).

Por otro lado los adolescentes varones identificados en riesgo suicida generalmente presentan rasgos psicológicos relacionados con preocupaciones somáticas, como cefaleas o insomnio, así como con una percepción de sí mismos padeciendo alguna enfermedad física. Los hallazgos indican que estos varones se sienten enfermos y están preocupados por su salud. En rigor, estos adolescentes pueden reportar una mayor frecuencia de padecimientos serios durante la niñez (Lucio & Hernández, 2016).

Frecuentemente se encuentran antecedentes de adaptación social precaria, así como de inadecuación social, o bien, dificultades para formar y mantener relaciones interpersonales. Además, exhiben problemas para concentrarse o dificultades en procesos cognoscitivos, donde incluso pueden haber síntomas de pensamiento delirante. Generalmente tienen problemas en el ámbito académico y presentan un rendimiento escolar sustancialmente menor al promedio (Lucio & Hernández, 2016).

Estos adolescentes también muestran dificultades por impulsividad y conductas autodestructivas, por lo que hay una probabilidad mayor tanto de intentos de suicidio como de uso de sustancias. Frecuentemente existen antecedentes de conflicto padre/madre-adolescente y una mayor probabilidad de divorcio en los padres. En general, estos adolescentes se sienten alienados y aislados de los demás; su pobre control sobre el enojo puede contribuir a exacerbar estos dos aspectos (Lucio & Hernández, 2016).

Comúnmente son referidos a psicoterapia por un excesivo control emocional, son vistos como evasivos, defensivos y temerosos del involucramiento emocional con otros. Una proporción importante de tales adolescentes provienen de hogares sin padre o con una figura paterna ausente, o bien han experimentado rechazo o distanciamiento de la figura paterna. Igualmente, pueden expresar enojo intenso incluyendo brotes violentos hacia las figuras parentales (Lucio & Hernández, 2016).

Siguiendo con este mismo estudio sobre la personalidad del adolescente suicida, se observó que una proporción importante de tales adolescentes provienen de hogares sin padre o con una figura paterna ausente, o bien han experimentado rechazo o distanciamiento de la figura paterna. Igualmente, pueden expresar enojo intenso incluyendo brotes violentos hacia las figuras parentales. Sobresalen, en particular, dos áreas de la personalidad evaluada con el MMPI-A, la actitud hacia los profesionales de la salud y problemas con el alcohol u otras sustancias. (Lucio & Hernández, 2016).

Por otra parte Casullo y Castro (2000) describen tres tipos básicos de comportamiento en los adolescentes con ideación o intento de suicidio:

1. Depresivo perfeccionista: hace referencia a personas con un superyó muy rígido que se exige altos rendimientos y se manejan con altas expectativas de logro. Evidencian necesitar mucho de la aprobación social y tendencias a cumplir con las normas sociales vigentes. Presentan alta vulnerabilidad a situaciones de fracaso y de crítica. Tienden a idealizar a personas amadas que han fallecido y son muy propensas a internalizar sentimientos agresivos y hostiles. Se muestran bastante solitarios. Es factible que se hayan criado en el núcleo de familias simbióticas muy conflictivas.
2. Impulsivo: caracteriza a personas con baja tolerancia a la frustración, incapaces de sentir afectos negativos, son muy irritables, con marcadas tendencias a la actuación (acting-out) de sus conflictos. Son muy sensibles a las situaciones en las que se sienten rechazadas por otros, les cuesta resolver eventos problemáticos de manera eficaz. Por lo general se han criado en el contexto de familias violentas.
3. Desintegrado: en las personas que pueden incluirse en esta categoría es factible encontrar estados graves de ansiedad con miedo a la pérdida de la identidad. Temen perder el autocontrol e irritarse en forma desmedida, son pocas asertivas y en general muy sumisas. Suelen padecer ataques de pánico o trastornos de tipo esquizofrénico.

Durante la adolescencia se ha considerado que los factores familiares, entre ellos la discordia familiar, así como los trastornos de la personalidad, los trastornos afectivos y algunos rasgos de la personalidad, como la baja autoestima y la impulsividad, influyen en el comportamiento suicida (Lucio & Hernández, 2016).

Si aunado con los diversos factores que ponen en riesgo al adolescente a cometer suicidio, mencionamos las crisis sociales, políticas y económicas que se viven actualmente a nivel mundial, sin dejar atrás a nuestro país, nos podemos dar una idea del aumento del suicidio en jóvenes, y preguntarnos sobre que tanto nuestro entorno promueve o incide de manera fundamental en esta conducta.

Bouchard (2000) plantea que el proceso suicida es el periodo que comprende el momento en que se produce la crisis y el paso al acto, y aclara que en los adolescentes este proceso puede ser muy corto, inclusive de horas, y es más corto aun en los segundos intentos de suicidio, Bouchard divide este proceso en cinco momentos:

- El primer momento: es la búsqueda de soluciones que es una etapa normal en cualquier crisis. La persona hace una especie de inventario de las posibles soluciones a sus problemas juzgando la posibilidad de que se produzca un cambio y, por lo tanto, se disminuya el dolor. Algunas personas podrán tener varias soluciones e identificar estrategias para resolver la crisis; otras por el contrario, no encontrarán soluciones que puedan responder a sus necesidades presentes. En este momento, la idea de suicidio no se toma como una posible solución.
- El segundo momento: es la ideación suicida, en la búsqueda de soluciones, una imagen súbita, breve y pasajera de muerte aparece como una posible solución. Las soluciones que encuentran son ineficientes para reducir la intensidad de la crisis, por lo tanto son rechazadas. La idea del suicidio comienza a aparecer más frecuentemente, muchas veces encubierta por la idea de que algo pasara para morir, como, por ejemplo, una enfermedad grave o un accidente, pero cada vez más se piensa en el suicidio y se empieza a elaborar escenarios posibles.
- El tercer momento es la rumiación: la inconformidad es cada vez mayor y más difícil de soportar, el deseo de escapar a la angustia es cada vez más apremiante. La imposibilidad de resolver las crisis y el sentimiento de haber agotado todas las posibilidades provoca un aumento de la angustia. La idea del suicidio se vuelve constante y regular, lo que genera aún más angustia y aviva el sufrimiento y el dolor.
- El cuarto momento es la cristalización, en el cual la persona se encuentra totalmente desesperanzada. El suicidio es ya considerado como la solución a todos los sufrimientos. Es el momento en el que se elabora un plan preciso: el día, la hora, el medio, el lugar. El adolescente puede sentirse aliviado y dar signos de estar mejor, ya que el suicidio representa la solución definitiva, y el posee el

medio para poner fin a su sufrimiento. Con frecuencia, en este momento el adolescente hace una ruptura emotiva de los que lo rodean y un sentimiento de aislamiento está presente. Sólo hará falta el evento que leve el paso al acto.

- El último momento es el elemento desencadenante: después de la etapa de cristalización, el paso al acto se vuelve inminente. Un evento desencadenante está ligado al acto suicida, sin importar muchas veces la intensidad o trascendencia manifiesta del evento, pero es un evento que para el adolescente se agrega a la serie de pérdidas significativas que ha sentido en su vida.

2.4 RIESGO SUICIDA

El riesgo es la probabilidad de asociación entre eventos desfavorables que anteceden a otros subsecuentes, como un carácter potencialmente determinante o causal; los eventos antecedentes tienen mayor probabilidad de ocurrir que los subsecuentes.

Un evento puede conducir a múltiples efectos y de manera recíproca, muchos efectos pueden devenir de la misma causa o riesgo (unidad de causas, diversidad de efectos) un solo efecto puede derivar de múltiples formas de concurrir condiciones de riesgo, así como un efecto puede tener muchas causas o riesgos (diversidad de causas, unidad de efecto) no se trata de relaciones lineales, sino de sistemas de redes que se integran. Un determinado factor constituye una perturbación o un defecto a distancia, pero difícilmente se constituirá en efecto si no se asocia con otros factores que lo promuevan o con condiciones de vulnerabilidad que faciliten la alteración o la enfermedad.

El riesgo suicida es la probabilidad que tiene una persona de intentar matarse. Este último es valorado por medio de factores epidemiológicos, de antecedentes personales y del estado mental y de los estresantes actuales a los que está sometido el individuo (OMS, 2015).

Retomando lo escrito por Durkheim, Ruiz (2001) señala que los seres humanos no tenemos límites a nuestros deseos y la sociedad no solo marca dichos límites, sino también pone fronteras y nuevas jerarquías a en nuestros deseos y valores. Pero cuando esos límites ya no sirven de contención, el ser humano queda a merced de sus propios recursos y de las fuerzas que lo mantiene vivo e impulsan su existencia, por lo que se podrían presentar las conductas de riesgo.

El suicidio ha sido identificado como un suceso multicausal, está inmerso en un contexto de condiciones propiciatorias que activan los pensamientos suicidas y aumentan el riesgo de suicidio. De acuerdo con la OMS (2001) y un estudio con adolescentes de Cantoral-Cancino y Betancourt-Ocampo (2011) se menciona que dentro de los factores asociados a la conducta suicida se encuentran:

1. Factores culturales y sociodemográficos: el bajo estatus socioeconómico, el bajo nivel educativo y el desempleo en la familia son considerados factores de riesgo. Los pueblos indígenas y los inmigrantes pueden ser asignados a este grupo, dado que a menudo experimentan no sólo dificultades emocionales y lingüísticas, sino también falta de redes sociales. En muchos casos estos factores se combinan con el impacto psicológico de la tortura, heridas de guerra y aislamiento.

Estos factores culturales se vinculan con la escasa participación en las actividades tradicionales de la sociedad, así como el conflicto con los valores de los diversos grupos. Específicamente, este conflicto es un factor poderoso para las jóvenes nacidas o criadas en un país nuevo y más libre pero que retienen fuertes raíces en la cultura de sus padres aun profundamente conservadora. El crecimiento individual de cada joven se entrelaza con la tradición cultural colectiva; los niños y los jóvenes que carecen de raíces culturales tienen marcados problemas de identidad y carecen de un modelo para la resolución de conflictos. Los atributos de inconformismo de género y las cuestiones de identidad relativas a orientación sexual, constituyen también factores de riesgo para los comportamientos suicidas. Los niños y adolescentes que no son aceptados abiertamente en su cultura por su familia y sus compañeros o por su escuela y otras instituciones tienen serios problemas de integración y carecen de los modelos de apoyo para un desarrollo óptimo.

2. Trastornos psiquiátricos: el comportamiento suicida supera la media en los niños y adolescentes que presentan los siguientes trastornos psiquiátricos:

Depresión: los estudiantes que sufren de depresión a menudo presentan síntomas físicos, por ejemplo, dolor de cabeza, dolor de estómago y dolores punzantes en las piernas o en el pecho. Los jóvenes con tendencia depresivas tienden a ensimismarse, volverse silenciosos, pesimistas e inactivos; a su vez, tienden a tener comportamientos destructivos, agresivos y exigen gran atención por parte de sus padres y maestros. La agresividad puede conducir a la soledad que es en sí misma un factor de riesgo para el comportamiento suicida. A pesar de que algunos síntomas o trastornos depresivos son comunes entre los jóvenes suicidas, no necesariamente la depresión es concomitante ya sea con los intentos suicidas o con los pensamientos

suicidas. Los adolescentes pueden matarse sin estar deprimidos y pueden estar deprimidos sin matarse.

Trastornos de ansiedad: se muestra una correlación entre los trastornos de ansiedad y los intentos de suicidio en los varones, mientras que esta asociación es más débil en las mujeres.

Los rasgos de ansiedad aparecen como relativamente independientes de la depresión en su efecto sobre el riesgo de comportamiento suicida, lo cual sugiere que debería establecerse y tratarse la ansiedad de los adolescentes con riesgo de comportamiento suicida. Los síntomas psicósomáticos están a menudo presentes también en los jóvenes atormentados por comportamiento suicida.

Trastornos alimentarios: por insatisfacción con sus propios cuerpos, muchos niños y adolescentes tratan de perder peso y se preocupan de lo que deben y no deben comer. Entre el 1% y el 2% de las jóvenes adolescentes sufren de anorexia o bulimia.

Trastornos psicóticos: a pesar de que pocos niños y adolescentes sufren de trastornos psiquiátricos severos tales como esquizofrenia o trastornos bipolares (antes conocidos como manicodepresivos) entre los afectados por estas patologías el riesgo de suicidio es muy alto. La mayoría de los jóvenes psicóticos se caracterizan por presentar varios factores de riesgo tales como problemas con la bebida, fumar excesivamente y abusar de las drogas.

3. Abuso de alcohol y drogas: al disminuir la inhibición, constituyen en un elemento precipitante del suicidio y un factor de riesgo significativo. En varios estudios se ha comprobado que gran parte de los adolescentes con intento de suicidio, se encontraban intoxicados al realizarlo y eran consumidores previos.

4. Conducta suicida previa: el intento previo es el mejor predictor del suicidio, es la conducta asociada a la idea de muerte sin la consumación del suicidio. Más del 40% de los que intentan suicidarse lo han intentado en varias ocasiones (entre 10 y 40% lo logran).

5. Estilo cognitivo y personalidad: los siguientes rasgos de personalidad se observan frecuentemente durante la adolescencia, pero también se asocian con el riesgo de intento o de suicidio logrado (a menudo con trastornos mentales) de forma que su utilidad para predecir el suicidio es limitada: humor inestable, enojo o agresividad, comportamiento antisocial, conductas irreales, representación de fantasías, alta impulsividad e irritabilidad, rigidez de pensamiento y cumplir con patrones de conducta, escasas habilidades solución de problemas frente a las dificultades, inhabilidad para entender la realidad, tendencia a vivir en un mundo ilusorio, fantasías de grandeza alternando con sentimientos de desvalorización, se defrauda fácilmente, ansiedad excesiva frente a pequeños malestares físicos o pequeñas decepciones, sentimientos de inferioridad y de incertidumbre que esconden bajo manifestaciones abiertas de superioridad, comportamiento provocador o de rechazo hacia los compañeros y adultos incluyendo a los padres; incertidumbre en relación con la identidad de género u orientación sexual, relaciones ambivalentes con los padres, otros adultos y amigos.

6. Patrones familiares y eventos negativos durante la niñez: los patrones familiares destructivos y los acontecimientos traumáticos en la niñez temprana afectan el desarrollo saludable de los niños y adolescentes. Los aspectos de las disfunciones familiares y los acontecimientos de vida negativos y desestabilizadores que se encuentran a menudo en los niños y adolescentes suicidas son: psicopatología de los padres con presencia de desórdenes psiquiátricos, en particular emocionales; abuso de alcohol y sustancias; comportamiento antisocial en la familia; antecedentes familiares de suicidios e intentos de suicidio; familia violenta y abusiva (incluyendo abusos físicos y sexuales del niño); escaso cuidado provisto por los padres o cuidadores, con poca comunicación dentro de la familia; peleas frecuentes entre los padres o cuidadores con agresión y tensiones; divorcio, separación o muerte de los padres o cuidadores; mudanzas frecuentes a áreas residenciales diferentes; expectativas demasiado altas o demasiado bajas por parte de los padres o cuidadores; padres o cuidadores con autoridad excesiva o inadecuada; falta de tiempo de los padres para observar y tratar los problemas de aflicción emocional de los jóvenes y un ambiente emocional negativo con rasgos de rechazo o descuido; rigidez familiar; familias adoptivas o afines.

La complejidad del fenómeno suicida -que no sigue un modelo causal-, es sabido que la intencionalidad suicida no necesariamente es precedida por la enfermedad mental, y que no todas las personas con un trastorno psiquiátrico presentan riesgo suicida. (Lucio & Hernández, 2016).

Pérez (1999) nombra los siguientes factores de riesgo básicos: provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional; estar más expuestos a situaciones familiares adversos que condicionan una niñez infeliz; presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva; mayor exposición a situaciones de riesgo suicida o eventos vitales suicidógenos como las relaciones humanas tumultuosas, los amores contrariados o problemas con las autoridades policiales.

En un estudio realizado por Hernández y Lucio (2006) la correlación encontrada entre malestar personal, riesgo suicida y signos de alerta concuerda también con el estudio de González-Forteza et al. (1998) realizado en México, quienes además señalaron a las dimensiones personal y familiar como las más vinculadas al riesgo de comportamiento autodestructivo entre adolescentes mexicanos.

En el aspecto social, los medios de comunicación pueden influir en presentar como un modelo a seguir o admirable la conducta si se inviste de una cualidad positiva. También pueden aumentarlo la falta de apoyo social, la posibilidad de adquirir drogas, armas de fuego, etc.

Los problemas pueden apreciarse como demasiado violentos o difíciles de sobrellevar. Para algunos, el suicidio puede parecer una solución. En el hogar, además de los factores de riesgo mencionados en la niñez, hay que tener en cuenta aquellos que lo abandonan de manera permanente muy jóvenes; la identificación con familiares suicidas, deprimidos o alcohólicos; convivencia con un enfermo mental como único pariente; dificultades socioeconómicas; permisividad en el hogar de determinadas conductas antisociales, lo que las refuerzan; presencia entre los familiares directos de personalidades antisociales, criminales (Buendía Vidal, 2004).

Como ya se mencionó entre los riesgos suicidas, la presencia de ciertos trastornos mentales prevalentes (depresión, trastorno bipolar, alcoholismo, esquizofrenia, consumo de sustancias, anorexia nerviosa) se encuentran sustancialmente ligada al suicidio. Su reconocimiento por parte de los profesionales de la salud es primordial ya que las investigaciones refieren (Hawton, Casañas, Comabella, Haw, & Saunders 2013) que gran parte de dichos pacientes habían realizado alguna consulta profesional dentro de los tres meses previos al intento o acto consumado.

El episodio depresivo mayor es la condición más frecuente, detectándose un riesgo suicida del 81% en aquellos que registran el reconocido como, el patrón ansioso. Se consideran como factores de riesgo específicos en pacientes con depresión: género masculino, familia con desorden psiquiátrico, intento de suicidio previo, antecedente de depresión severa, sentimiento de desesperanza y ciertos desórdenes comórbidos como la ansiedad, abuso de drogas y alcohol (Hawton et al., 2013)

Es fundamental tener en cuenta que la primera semana de tratamiento farmacológico es de especial riesgo ya que en esos primeros días puede manifestarse una mejoría parcial y repentina de algunos síntomas que permiten aflorar ideas suicidas que la astenia anterior impedía, contando ahora con la energía necesaria para llevarlo a cabo. Es necesaria una vigilancia estrecha en estos casos (Hawton et al., 2013).

El trastorno bipolar es otra entidad asociada al suicidio en un 29%, siendo en la fase depresiva de la enfermedad la etapa de mayor riesgo. En el caso de la esquizofrenia existe riesgo en el curso de toda la enfermedad, más del 30% de ellos en algún momento han hecho un intento. Este riesgo aumenta especialmente en los pacientes del tipo esquizoafectivo (comorbilidad con depresión) (Hawton et al., 2013).

El abuso de alcohol está relacionado con un 20 a 25% (Gutiérrez García, 2006) y se ha detectado que al momento del acto suicida muchos sujetos lo hacen bajo la influencia de esta sustancia. En los cuadros adictivos producto de abuso de alcohol y

drogas, se considera que el período de abstinencia es la etapa de mayor riesgo de consumación e intentos de suicidios.

El riesgo de suicidio se incrementa después de la aparición de la pubertad y los cambios biológicos, psicológicos y sociales asociados con la adolescencia que pueden incrementar el grado de estrés experimentado por la mayoría de los jóvenes (Aro, Marttunen, & Lonqvist, 1993).

En un estudio realizado con adolescentes se mostró que, en comparación con aquellos estudiantes que solamente habían experimentado ideación suicida, aquellos que habían intentado suicidarse reportaron más estrés en términos de conflicto con los padres, preocupaciones sobre la sexualidad, problemas con la autoridad y una falta de apoyo por parte de adultos en la escuela (Wagner, Cole, & Schwartzman, 1995)

Entre los factores reportados por la literatura que intervienen para que se presente alguna de estas conductas, podemos identificar tres grandes grupos: los factores de riesgo, los factores precipitantes y los factores de protección.

La investigación ha mostrado la importancia de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales, culturales y las condiciones económicas desfavorables que intervienen en la determinación de los comportamientos suicidas. La epidemiología ha ayudado a identificar los factores de riesgo y protección frente al suicidio tanto en la población general como en los grupos vulnerables.

No son solamente las características de la persona las que determinan el riesgo, sino también cuáles son sus recursos internos y cómo enfrenta las situaciones problemáticas que se suceden en la vida (Lucio & Hernández, 2016).

Los factores de riesgo actúan acumulativamente incrementando la vulnerabilidad de una persona al comportamiento suicida y los factores protectores son las condiciones que mejoran la resistencia a estos trastornos y reducen el riesgo (Corona, et al., 2016).

2.4.1 FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es un conjunto de condiciones que a lo largo de la vida han participado en el desarrollo de la persona al distorsionar, debilitar o disminuir la fuerza de su estructura psicológica y patrones adaptativos (Quintanar, 2007).

Los factores de riesgo hacen referencia a las características individuales o ambientales que aumentan la probabilidad de que una persona pueda cometer un acto suicida. Unos factores pueden tener más peso que otros, y sobre todo la combinación de varios factores de riesgo. Entre los factores de riesgo reportados en la literatura es posible identificar factores genéticos, psicológicos, familiares, sociales, de desarrollo, salud, culturales, personales, económicos, educativos y cognitivos (Quintanar, 2007).

En la actualidad, diversas investigaciones han puesto énfasis en los factores de riesgo como un medio de identificar y prevenir las conductas suicidas tanto en la niñez como en la adolescencia. Entre los factores más importantes se encuentran (Lucio & Heredia, 2013):

- Personales: atracción hacia la muerte, abuso de drogas, intentos previos de suicidio, depresión, conducta antisocial, conducta narcisista, trastornos emocionales, soledad, vergüenza, culpa, desesperanza, sentimientos de minusvalía, deseos de morir, rabia, hostilidad, irritabilidad, abuso físico y/o sexual, o ambos, pérdida de un familiar o amigo por suicidio, fácil acceso a armas, trastornos de alimentación, trastornos en la sexualidad, pérdida de una persona significativa, problemas con la autoridad, conductas autodestructivas, pertenecer a pandillas, dificultad para hacer amigos, apatía, insomnio.
- Familiares: padres o familiares con antecedentes de suicidio, ausencia de afecto entre los miembros de la familia, discusiones y pleitos, relaciones inadecuadas entre los padres, desintegración familiar, enfermedades psiquiátricas, falta de soporte familiar, depresión de los padres, maltrato de los padres hacia los hijos, uno o ambos padres atraviesan por una crisis que no les permita estar pendiente del hijo, falta de uno de los padres, familia

uniparental, percepción de falta de apoyo de la familia, desempleo de uno o ambos padres, padres con una educación pobre, sobreprotección, padres castigadores, madres posesivas.

- Sociales: pobreza, cambio de domicilio
- Escolares: fracaso escolar, fuertes presiones de los padres por obtener logros, violencia escolar.
- Cognoscitivos: alteraciones neuropsicológicas (déficit en funciones ejecutivas, fluidez verbal, razonamiento lógico y lenguaje) problemas de aprendizaje, pobres habilidades para resolver problemas y rigidez cognitiva.

Adams y Adams (1991) han propuesto que la presencia de estrés de vida negativo puede ser un factor de riesgo no específico que incremente el malestar emocional general, o específicamente la depresión, que a su vez puede preceder al comportamiento suicida.

Se considera que casi la totalidad de las personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable, lo cual ha sido ampliamente abordado en las investigaciones realizadas mediante autopsias psicológicas (Pérez, 2001).

De manera que algunos de los factores de riesgo que pueden presentarse en la adolescencia son:

- Trastorno mental o drogodependencia.
- Comportamientos impulsivos.
- Acontecimientos vitales estresantes no deseados o pérdidas recientes (ruptura familiar, separación de los padres y falta de comunicación con los padres).
- Antecedentes familiares de trastorno mental o drogodependencia.
- Antecedentes familiares de suicidio.
- Violencia familiar (abuso físico, sexual o verbal/emocional).

- Intento de suicidio previo.
- Presencia de armas de fuego en el hogar.
- Encarcelación.
- Exposición a comportamientos suicidas de otras personas, incluida la familia, los amigos, en las noticias o en historias de ficción.

Este autor, menciona también que es necesario no confundir la presencia de síntomas depresivos con la presencia de enfermedades psiquiátricas. Los adolescentes que intentan suicidarse reciben sobre todo los siguientes diagnósticos: patologías de personalidad, reacciones adaptativas, depresión neurótica. Algunas veces no se puede establecer ningún diagnóstico. Aunque no siempre, la sintomatología está ligada a una falla del proceso de desarrollo y a los factores situacionales más que a una enfermedad psiquiátrica (Pérez, 2001).

Por tanto, en el adolescente debe valorarse como riesgo de suicidio (Pérez, 2002):

- La conducta suicida (idea suicida, gestos, amenazas y plan de suicidio, método que va a emplear, circunstancias en que lo realizaría, etc.).
- Clima familiar (relaciones disarmónicas con padres, violencia familiar, padres con enfermedad mental, familiares con conducta suicida).
- Cuadro clínico (enfermedad mental, especialmente depresión, esquizofrenia y conducta suicida previa del adolescente).
- Estado psicológico (desesperanza, sentimientos de soledad, angustia, sentimientos de culpa, consumo de drogas, depresión, ira, agresividad, etc.)
- Acontecimientos vitales estresantes (muerte de algún familiar, fracaso amoroso con pérdida de la relación afectiva, conflictos con amigos, en la escuela, problemas familiares, etc.)

Se debe considerar el acto suicida en la adolescencia como un punto en el *continuum* de los problemas conductuales en cuestión y la necesidad de establecer diferencias entre los estresores crónicos de sus vidas y los estresores agudos que pueden precipitar la conducta suicida. Es posible que los adolescentes no busquen ayuda para los pensamientos suicidas porque creen que nada ayudará o son renuentes a comentarle a alguien que tienen problemas o piensan que buscar ayuda es un signo de debilidad o desconocen dónde pueden acudir para pedir ayuda (Pérez, 2002).

Las dificultades socioeconómicas, los bajos niveles educacionales y el desempleo son factores de riesgo para el comportamiento suicida pues limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes los padecen (Pérez, 2002).

Según Pérez Barrero (2001) fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría, los rasgos de personalidad atribuidos al suicida adolescente que se convierten en factores de riesgo para cometer suicidio son: Inestabilidad del ánimo; conducta agresiva, conducta disocial, elevada impulsividad, rigidez de pensamiento y terquedad de la conducta, pobres habilidades para resolver problemas, incapacidad para pensar realistamente, fantasías de grandiosidad alternando con sentimientos de inferioridad, sentimientos de frustración, manifestaciones de angustia ante pequeñas contrariedades, elevada auto exigencia que rebasa los límites razonables, sentimientos de ser rechazado por los demás, incluyendo los padres u otras figuras significativas; vaga identificación genérica y orientación sexual deficiente, relación ambivalente con los progenitores, otros adultos y amigos, antecedentes de haber realizado una tentativa de suicidio, recuentes sentimientos de desamparo y desesperanza, frecuentemente se sienten heridos con la más mínima crítica.

Estos son algunos de los rasgos que predominan entre los adolescentes que al estar sometidos a las llamadas situaciones de riesgo pueden presentar una conducta suicida. Como es conocido, ellos se ven involucrados en mayor número de eventos vitales desfavorables que sus pares no suicidas. Se enunciarán seguidamente

aquellas situaciones en las que los adolescentes vulnerables pueden desembocar en una crisis suicida:

- Situaciones que pueden ser interpretadas a través del prisma del adolescente como dañinas, peligrosas, conflictivas en extremo, sin que necesariamente concuerde con la realidad, lo cual significa que hechos triviales para adolescentes normales, pueden tornarse potencialmente suicidógenos en adolescentes vulnerables, quienes los perciben como una amenaza directa a la autoimagen o a su dignidad.
- Los problemas familiares que como es reconocido, se constituyen en uno de los motivos fundamentales de la realización de un acto suicida.
- Separación de amigos, compañeros de clases, novios y novias.
- Muerte de un ser querido u otra persona significativa.
- Conflictos interpersonales o pérdida de relaciones valiosas.
- Problemas disciplinarios en la escuela o situaciones legales por las que debe responder el adolescente.
- Aceptación del suicidio como forma de resolución de problemas entre los amigos o grupo de pertenencia.
- Presión del grupo a cometer suicidio bajo determinadas circunstancias y ante determinadas situaciones.
- Situación de tortura o victimización.
- Fracaso en el desempeño escolar.
- Exigencia elevada de padres y maestros durante el período de exámenes.
- Embarazo no deseado y embarazo oculto, Infección con VIH o padecer una infección de transmisión sexual, padecer una enfermedad física grave, ser víctima de desastres naturales, violación o abuso sexual, con mayor peligrosidad si se trata de familiares, estar sometido a amenazas de muerte o golpizas.
- Incumplir con las expectativas depositadas por los padres, maestros, u otras figuras significativas y asumidas por el adolescente como metas alcanzables.

Otros signos de advertencia que pueden indicar que un adolescente pueda estar considerando el suicidio, según American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, (2015) son:

- Cambio en los hábitos de comer y dormir.
- Aislamiento de los amigos, familia y actividades regulares.
- El comportamiento violento o rebelde.
- Drogas y alcohol.
- Descuido inusual de la apariencia personal.
- Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse o una disminución en la calidad del trabajo escolar.
- Quejas frecuentes sobre los síntomas físicos, a menudo relacionados con las emociones, tales como dolores de estómago, dolores de cabeza, fatiga, etc.
- No tolera elogios o recompensas.

Los factores de riesgo del suicidio varían de acuerdo a la edad, el sexo y las influencias culturales y sociales, y pueden modificarse a lo largo del tiempo. Por lo general, los factores de riesgo de suicidio se presentan combinados. Por ello la intervención precoz en la persona con riesgo de suicidio es necesaria y las amenazas e intentos de suicidio siempre tienen que tomarse en serio, porque casi un tercio de las personas que intentan suicidarse vuelven a intentarlo en un período de un año y cerca del 10% de los que amenazan o intentan suicidarse terminan consumando el acto (Pérez & Mosquera, 2002).

Los factores precipitantes serán aquellos que aparecen en un momento dado y desencadenan el acto suicida. Cómo puede ser el hecho de presenciar acontecimientos dolorosos, problemas escolares, dificultades entre los padres, riñas entre hermanos, entre otros (Quintanar, 2007)

Además de los sucesos de vida estresantes, varios estudios sugieren que experiencias traumáticas tempranas pueden tener efectos a largo plazo y estar relacionados al comportamiento suicida adolescente (Hernández & Lucio, 2006).

Existen experiencias de vida que predisponen a este tipo de comportamientos; pero son la combinación de estos factores, las características personales del individuo y las circunstancias del momento, lo que determinan un acto suicida, como lo indican (Hernández, 2006).

El modelo de riesgo en adolescentes de Spirito, Overholser y Vinnick (1995) señala que existen factores predisponentes, los cuales, al asociarse con algunos estresores (dificultades sociales, escolares y familiares) y con estados emocionales negativos (disforia, desesperación, enojo) influyen en conductas de afrontamiento desadaptativas y en su conjunto inciden en la conducta suicida.

2.4.2 FACTORES DE PROTECCIÓN

Los factores de protección serán todos aquellos que brinden apoyo y disminuyan el riesgo de cometer suicidio, como puede ser el apoyo familiar, el éxito escolar, la tolerancia a la frustración, entre otras.

Entre los factores protectores del suicidio, citados por el Dr. Pérez (2001) se encuentran los siguientes:

- Poseer habilidades sociales que le permitan integrarse a los grupos propios de la adolescencia en la escuela y la comunidad de forma positiva
- Poseer confianza en sí mismo, para lo cual debe ser educado destacando sus éxitos, sacando experiencias positivas de los fracasos, no humillarlos ni crearles sentimientos de inseguridad.
- Tener habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades, lo cual les evitará someterse a eventos y contingencias ambientales en las que probablemente fracasará, reservando las energías para abordar aquellas empresas en las que salga triunfador.
- Tener capacidad de autocontrol sobre su propio destino.
- Poseer y desarrollar una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia, perseverancia, razonable calidad de ánimo y de los niveles de actividad.
- Aprender a perseverar cuando la ocasión lo requiera y a renunciar cuando sea necesario.
- Tener buena autoestima, autoimagen y suficiencia.
- Desarrollar inteligencia y habilidades para resolver problemas.
- Saber buscar ayuda en momentos de dificultades, acercándose a la madre, el padre, los abuelos, otros familiares, un buen amigo, los maestros, el médico, el sacerdote o el pastor.
- Saber pedir consejos ante decisiones relevantes y saber elegir la persona más adecuada para brindarlos.
- Ser receptivo a las experiencias ajenas y sus soluciones, principalmente aquellas que han tenido exitoso desenvolvimiento.

- Ser receptivo ante las nuevas evidencias y conocimientos para incorporarlos a su repertorio.
- Estar integrado socialmente y tener criterio de pertenencia.
- Mantener buenas relaciones interpersonales con compañeros de estudio o trabajo, amigos, maestros y otras figuras significativas.
- Tener apoyo de los familiares y sentir que se le ama, se le acepta y apoya.
- Lograr una auténtica identidad cultural.
- Poseer habilidades para emplear adecuada y sanamente el tiempo libre.
- Evitar el consumo de sustancias adictivas (café, alcohol, drogas, tabaco, fármacos, etc.)
- Aprender a posponer las gratificaciones inmediatas por aquellas a largo plazo que arrojen resultados duraderos.
- Desarrollar una variedad de intereses extra hogareños que le permitan equilibrar las dificultades en el hogar si las tuviera.
- Saber expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos, desagradables y muy molestos, incluyendo las ideas suicidas u otras, por muy descabelladas que pudieran parecer.

A estos factores habría que añadir la capacidad para utilizar las fuentes que brindan salud mental, como las consultas de consejería, de psicología o psiquiatría, las unidades de intervención en crisis, los servicios médicos de urgencia, los médicos de la familia, agencias de voluntarios en la prevención del suicidio, etc. Se debe educar a los adolescentes en el aprovechamiento de las fuentes de salud mental existentes en la comunidad, cuándo hacer uso de ellas, qué beneficios se pueden obtener, qué servicios o posibilidades terapéuticas se les puede brindar y favorecer con ello que se haga un uso racional de las mismas (Pérez, 2001).

En esta propia vertiente se debe comenzar un sistemático esfuerzo para educar a los adolescentes en la tolerancia hacia los enfermos mentales y la aceptación de la enfermedad mental como un tipo de trastorno similar a otras afecciones crónicas no transmisibles, evitando la estigmatización y las actitudes de rechazo hacia quienes las

padecen, lo cual incrementará las probabilidades futuras de aceptarlas en caso de padecerlas y buscar ayuda para recibir tratamiento especializado, disminuyendo las posibilidades de cometer suicidio si se tiene en consideración que padecer una enfermedad mental es un factor de riesgo suicida comprobado, y si no se la trata, peor aún (Pérez, 2003).

En general, los adolescentes se enfrentan a cambios esencialmente en todos los aspectos de su vida; su capacidad para afrontarlos depende no solo de la fuerza intrínseca y el apoyo externo, sino también del momento de presentación de las tensiones. Si las perturbaciones son demasiado numerosas o requieren excesivos cambios en demasiado poco tiempo, pueden ser peligrosas. La concurrencia de cambios importantes – por ejemplo, atravesar la pubertad mientras se entra en una escuela nueva y se pierde un círculo establecido de las relaciones de iguales- puede ser más de lo que muchos adolescentes pueden asumir. Algunos de los problemas asociados con la pobreza se pueden derivar del grado en que está pone en vigor cambios sobre los que no pueden ejercer control ni los adolescentes ni su familia (Coleman, 2003)

La importancia de detectar jóvenes en riesgo suicida se debe a que varios estudios indican que los jóvenes con ideación suicida poseen mayor posibilidad de consumar este acto (Aseltine & Demartino 2004; Gould & Greenber 2003; Gutiérrez, 2005; Shaffer 2003; Van, 2001; Velting 2003 citados en Córdova et al. 2013). El suicidio puede prevenirse descubriendo los factores de riesgo inherentes que propician la consumación de esta conducta.

La identificación de los factores de riesgo y protectores que se vinculan con esta conducta, resulta muy importante para definir estrategias de prevención.

Por lo que resulta importante, entre los adolescentes, la evaluación de los sucesos estresantes de vida como predictores de intentos de suicidio los cuales se ven acompañados de la presencia de rasgos específicos de personalidad; entre tales descriptores están los niveles altos de impulsividad y de búsqueda de sensaciones

nuevas, y puntuaciones bajas en persistencia, auto dirección y control, así como poca cooperación (Lucio & Hernández, 2016).

Los factores de riesgo y de protección, se relacionan con las estrategias de prevención del suicidio. Las estrategias para contrarrestar los factores de riesgo son de tres clases, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011):

- Las estrategias de prevención "universal", diseñadas para llegar a toda una población, pueden procurar aumentar el acceso a la atención de salud, promover la salud mental, reducir el consumo nocivo de alcohol, limitar el acceso a los medios utilizables para suicidarse o promover una información responsable por parte de los medios de difusión.
- Las estrategias de prevención "selectivas" se dirigen a grupos vulnerables, como los de quienes han padecido traumas o abuso, los afectados por conflictos o desastres, los refugiados y migrantes y los familiares de suicidas, mediante "guardianes" adiestrados que ayudan a las personas vulnerables y mediante servicios de ayuda como los prestados por líneas telefónicas.
- Las estrategias "a personas vulnerables específicas" mediante el apoyo de la comunidad, el seguimiento a quienes salen de las instituciones de salud, la capacitación del personal de salud y una mejor identificación y manejo de los trastornos mentales y por uso de sustancias.

Una consideración seria del suicidio o de un intento no mortal del suicidio puede afectar a la calidad de vida de una persona, y sirve como un potente predictor de repetición de intento de suicidio y hasta la consumación del suicidio. La mejora en la capacidad de predecir ideación suicida o intento a través de la identificación continua de factores de riesgo específicos representa una de las direcciones más importantes en el estudio de la conducta suicida entre los individuos de edades jóvenes (Tang, Xue, & Quin, 2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) menciona que la prevención del suicidio es una necesidad que no se ha abordado de forma adecuada debido básicamente a la falta de sensibilización sobre la importancia de ese problema y al tabú que lo rodea e impide que se hable abiertamente de ello. De hecho, solo unos cuantos países han incluido la prevención del suicidio entre sus prioridades.

El problema del suicidio entre adolescentes se ha convertido, según varios autores en prioridad de salud pública en diferentes países. En México se han llevado a cabo varios estudios sobre el tema, y la tendencia en todos, así como en las estadísticas a nivel nacional van en aumento, prioritariamente en la población adolescente; por lo que seguir generando información a través de investigaciones, enfocadas a esta población, y desde diferentes perspectivas como las características del individuo, para conocer y a su vez desarrollar estrategias que fortalezcan los factores protectores en circunstancias estresantes vividas por el adolescente.

CAPÍTULO III

AFRONTAMIENTO

El origen de la palabra afrontar se remonta a los siglos XV y XVI, significaba un fuerte golpe o el choque de combate. Otras definiciones mencionadas en el diccionario inglés de Oxford incluyen golpear, encontrarse, unirse en la batalla y luchar con alguien en una pelea. De esta manera se puede ver porque la palabra tiene connotaciones principalmente de eventos combativos, más tarde la palabra afrontar fue adaptada por los psicólogos y con ello se referían a la lucha por la superación de la derrota o cómo manejar el estrés de la vida y de la adaptación (Lucio, Durán, & Heredia, 2014).

3.1 Definición

El concepto de afrontamiento comenzó a ser utilizado psicológicamente en los años 1960 y 1970 (Lazarus & Lazarus, 2006) y se relacionó con mecanismos biológicos, psicológicos y conductuales en los cuales se basan las respuestas de los individuos para de esta forma poder mantener al organismo en un estado de equilibrio o en el estado que mejor favorezca a la persona de acuerdo a su adaptación.

Dentro de la literatura encontramos que el concepto de afrontamiento es utilizado por modelos distintos (Lazarus & Folkman, 1991, p. 141):

- **Modelo animal.** El afrontamiento en el modelo animal, se define frecuentemente como aquellos actos que controlan las condiciones adversas del entorno, disminuyendo por tanto, el grado de perturbación psicofisiológica producida por esta (Lazarus & Folkman, 1984).
- **Modelo psicoanalítico del ego.** Se define al afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés. En este modelo se da mayor importancia al factor cognitivo y de manera secundaria a la conducta (Gil-Monte et al., 1995).
- **Modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986)** definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente

cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo y establecen dos grandes modos de afrontamiento según los esfuerzos se centren en la situación estresante o en las emociones generadas por la misma.

Desde los modelos cognitivos de la emoción, se entiende que no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino que el factor que desencadena la emoción es la interpretación que el individuo hace de tales situaciones. Dentro de los modelos cognitivos, el modelo de la valoración cognitiva ha alcanzado una relevancia sobresaliente (Martín Díaz, Jiménez Sánchez & Fernández Abascal, 2004).

En esta línea, y desde la concepción teórica desarrollada por Lazarus y Folkman (1984) se sostiene que, la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza. En un primer momento, de las consecuencias que la situación tiene para el sujeto (valoración primaria) y en un segundo momento, si esa situación tiene una significación de amenaza o desafío, el sujeto valora los recursos de los que dispone con el fin de evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria).

La valoración secundaria constituye así la capacidad de afrontamiento (*coping*) entendiendo a ésta como un proceso psicológico que se pone en marcha cuando la situación o el entorno resultan amenazantes (Cohen & Figuroa, 2004).

Dentro de esta concepción, las estrategias de afrontamiento empleadas por las personas estarían fuertemente condicionadas por la percepción que se haga de la situación (evaluación primaria) y de los recursos con que se cuentan para hacerle frente (evaluación secundaria). Por otra parte, no se concibe que un estilo de afrontamiento sea más apropiado que otro. La funcionalidad vendría determinada por el tipo de situación en la que se aplique. El estilo centrado en los problemas sería más funcional ante situaciones que se puedan modificar, mientras que el estilo centrado en

las emociones tendría una importante función adaptativa en situaciones que no pueden ser cambiadas (Morales & Trianes, 2010).

Por lo tanto la valoración o juicio de una situación es un aspecto importante del proceso de afrontamiento, si una situación se aprecia como una amenaza, daño, pérdida o desafío determina el resultado.

Sobre esto Morales y Trianes (2010) mencionan que, las conductas de afrontamiento han de considerarse como fruto de un proceso que depende de la evaluación que el sujeto realiza de las demandas de una situación o problema concreto. Así, las estrategias de afrontamiento suscitadas ante un problema dado pueden diferir mucho de las empleadas en otras situaciones distintas.

La evaluación es el primer paso del proceso de afrontamiento, la evaluación cognitiva es lo que hace una persona para evaluar si un encuentro en particular es relevante para su bienestar. En cada situación hay dos formas de evaluación; la primaria donde la pregunta sería ¿Qué está en juego en términos de daño potencial o beneficio? Y la evaluación secundaria, que se ocupa del ¿Qué se puede hacer acerca de la situación o cuales son las opciones o los recursos disponibles? Las evaluaciones pueden iniciar una cadenas de actividad y afrontar las acciones para manejar una situación (Frydenberg, 2012).

Existen dos enfoques en el afrontamiento, uno que enfatiza los estilos, es decir, que trata el afrontamiento como una característica de la personalidad, este enfoque surgió de un punto de vista teórico de la psicología del yo, que se centra en la psicodinámica interna y no en las fuerzas ambientales externas; el otro enfoque hace hincapié en el proceso, es decir, los esfuerzos para controlar el estrés que cambian con el tiempo y se encuentran de acuerdo con el contexto que los genera, es decir, se toman en cuenta las influencias temporales y las del ambiente así como los cambios asociados a ellos (Lazarus & Folkman, 1993).

Sobre esto Olson y McCubbin (1989) señalan la importancia de entender el afrontamiento tanto como un proceso, como una estrategia. El afrontamiento constituye un proceso que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones

estresantes; sin embargo, no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar el evento presente, repetirá lo mismo ante situaciones similares; en caso contrario buscará otro recurso. Así, y según Fernández-Abascal (1997) estaríamos ante una situación de aprendizaje por ensayo y error.

La definición propuesta por Lazarus y Folkman (1984) implica que las estrategias de afrontamiento son acciones deliberadas que pueden ser aprendidas, usadas y descartadas. Por otro lado, el afrontamiento implica una serie de habilidades que se pueden enseñar.

En general su modelo tiene los siguientes principios:

- Es un proceso de interacción que se da entre el individuo y el ambiente.
- Depende del contexto y, por lo tanto, puede cambiar dentro de una situación determinada.
- Algunas estrategias son más estables o consistentes en situaciones estresantes que otras.
- Los pensamientos y acciones se definen por el esfuerzo y no por el éxito.
- Los recursos de que dispone una persona para hacer frente a situaciones o acontecimientos estresantes son muy diversos, entre ellos los materiales, económicos, vitales (salud y energía), psicológicos (creencias positivas), técnicas de solución de problemas, habilidades sociales y apoyo social.
- Los procesos de afrontamiento presuponen una noción de evaluación; es decir, cómo un fenómeno es percibido, interpretado y cognitivamente representado en la mente de un individuo.
- Las dimensiones de afrontamiento son: focalizadas a la emoción en las que involucran la preocupación por uno mismo, fantasía u otras actividades conscientes relacionadas con la regulación del afecto y las focalizadas al problema, éstas involucran estrategias que intentan resolver, reconceptualizar o minimizar los efectos de una situación estresante.

Lazarus & Folkman (1984) propusieron ocho estrategias de afrontamiento:

1. *Confrontación*: constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.
2. *Planificación*: apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación (evaluación secundaria).
3. *Aceptación de la responsabilidad*: indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”.
4. *Distanciamiento*: Implica los esfuerzos que realiza el joven por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte al sujeto.
5. *Autocontrol*: Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.
6. *Re evaluación positiva*: supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.
7. *Escape o evitación*: A nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general, apunta a desconocer el problema.
8. *Búsqueda de apoyo social*: Supone los esfuerzos que el joven realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

Las dos primeras estrategias estarían *centradas en el problema* (en tanto resultan más instrumentales ya que modifican el problema haciéndolo menos estresante); las cinco siguientes están *centradas en la emoción* (ya que apuntan a la regulación de la emoción) y la última estrategia se focaliza en *ambas áreas*. Lazarus y Folkman (1984) señalan además que algunas estrategias son más estables a través de diversas situaciones estresantes, mientras que otras se hallan más asociadas a contextos situacionales particulares. Por ejemplo, *pensar positivamente* es relativamente estable y depende sustancialmente de la personalidad; en cambio, la búsqueda de soporte social es inestable y depende principalmente del contexto social (Cohen & Figuroa, 2004).

Vitalino et al. (citado en Quintanilla, Valadez, Valencia, & González, 2005) a partir de los trabajos que desarrolló Lazarus, reclasificaron en 5 categorías las formas que despliegan las personas para afrontar las situaciones; las estrategias son:

1. Focalizado en la solución de problemas.
2. Centrado en la búsqueda de apoyo social.
3. Autoculpabilizante.
4. Centrado en la alteración del significado emocional (fantasía).
5. Evitativo.

Aunque una estrategia no es universalmente adaptativa o desadaptativa (ya que tienen un valor relativo en relación a las circunstancias) se considera que las dos primeras tienden a ser más adaptativas en términos generales, que las tres últimas (Quintanilla et al., 2005).

Las estrategias de afrontamiento son definidas como esfuerzos conscientes y voluntarios para regular emociones, conductas, cogniciones, psicofisiológica y variables del entorno en respuesta al estrés de acontecimientos diarios o circunstancias Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth (citados en Morales, 2012).

Para Casullo y Fernández (2001) las estrategias de afrontamiento son el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que esta situación le genera.

Con respecto a la edad, algunos autores apuntan que el empleo de estrategias de afrontamiento centradas en los problemas se mantiene constante a lo largo de la adolescencia, al tiempo que se produce un incremento en el empleo de estrategias centradas en las emociones.

Compas, Orosan y Grant (1993) explican este fenómeno argumentando que el uso de las habilidades de solución de problemas se adquiere previamente al inicio de la adolescencia y no se ven incrementadas durante este periodo. Sin embargo, el aprendizaje de las estrategias centradas en las emociones tiene lugar a lo largo de toda la adolescencia. Es por esto que se produciría un incremento en el uso de este estilo de afrontamiento.

Sin embargo, el aprendizaje de las estrategias centradas en las emociones tiene lugar a lo largo de toda la adolescencia. Es por esto que se produciría un incremento en el uso de este estilo de afrontamiento. Frydenberg (1997) propone una explicación alternativa.

Según la autora, lo que sucede es que muchos adolescentes vivencian la transición de la educación primaria a la secundaria como un reto y despierta en ellos optimismo, entusiasmo y deseo de trabajar para lograr buenos resultados; pero con el paso del tiempo, muchos ven frustradas sus expectativas y se van haciendo más pesimistas con respecto a sus capacidades y recursos. De esta forma se produce en ellos un incremento en el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la evitación y en la reducción de la tensión (Frydenberg, 1997).

Gran parte de la literatura conceptualiza el afrontamiento centrado en la emoción dentro de la desadaptación, sin embargo una perspectiva más reciente de la emoción se ha centrado en su naturaleza adaptativa y la forma en que los individuos pueden

organizar la comunicación social, el logro de metas y los procesos cognitivos desde una edad temprana; este punto de vista considera las emociones como una fuerza organizadora importante con efectos reguladores interpersonales e intrapersonales (Frydenberg, 2012).

Hasta los años noventa el abordaje de este campo se realizaba fundamentalmente desde modelos elaborados para adultos, se empleaban instrumentos de medida escasamente adaptados para niños y adolescentes; y se limitaban, en la mayoría de los casos, a relacionar las estrategias de afrontamiento con medidas de problemas emocionales. La situación ha cambiado considerablemente en la última década.

Hoy en día se cuenta con modelos e instrumentos elaborados específicamente para niños y adolescentes en los que se tienen en cuenta las peculiaridades de los cambios que se producen en esta etapa evolutiva, los aspectos que determinan que esos cambios sean percibidos como estresantes o no, así como las características y la relevancia de recursos personales y sociales disponibles para hacer frente a los estresores (Compas et al., 2001; Frydenberg, 1997; Seiffge-Krenke, 1995).

El afrontamiento desempeña un papel de importante mediador entre las experiencias estresantes a las que están sometidas las personas, los recursos personales y sociales con los que cuentan para hacerles frente y las consecuencias que se derivan para la salud física y psicológica de las personas (Sandín, 2003). Esta función moderadora debe ser de especial importancia en la adolescencia. Durante esta etapa se experimentan importantes cambios. La pubertad y la maduración física son quizás los más evidentes, pero también se producen otros cambios a nivel cognitivo y social, no menos relevantes.

Las habilidades de afrontamiento son consideradas un elemento influyente en la promoción de desarrollo en la infancia y adolescencia ya que las estrategias de afrontamiento utilizadas por escolares en una situación específica se relacionan con una mayor o menor adaptación y grado de bienestar psicológico (Morales, Trianes & Miranda, 2012).

Según Frydenberg, el afrontamiento comprende nuestros pensamientos, sentimientos y acciones en respuesta a las demandas de una situación; la forma en que las personas responden a situaciones afecta a su salud, su bienestar e incluso su éxito en la vida. Es así que las personas pueden reaccionar a una situación de muchas maneras, algunas de las cuales pueden ser útiles y otras no.

Frydenberg y Lewis (1997) definen el afrontamiento como las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas.

Eisenberg et al. (citado en Frydenberg, 2012) definen el afrontamiento como un subconjunto de la categoría más amplia de la autorregulación en respuesta al estrés, se distingue además entre los tres aspectos de la autorregulación: los intentos de regular directamente la emoción (afrontamiento centrada en la emoción) los intentos de regular la situación (afrontamiento centrado en el problema) y los intentos de regular la conducta impulsada por las emociones (regulación conductual).

En este punto, se hace preciso diferenciar los estilos de afrontamiento de las estrategias de afrontamiento. Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional.

Algunos diferencian estilos de habilidades de afrontamiento, haciendo énfasis en la interacción entre factores personales y contextuales (Moos & Holahan, 2003); así como la importancia de la dimensión social del afrontamiento (Dunahoo, Hobfoll, Monnier, Hulhizer, & Johnson, 1998).

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (Fernández-Abascal, 1997). Así, mientras los estilos son las formas habituales, relativamente estables, que tienen una persona para manejarse con el estrés, las estrategias son situacionalmente dependientes, constantemente cambiantes y están influidas por los estilos que tiene un sujeto de afrontar los problemas de la vida diaria (Cohen & Figuroa, 2004).

La investigación ha encontrado que las estrategias de afrontamiento que se centran en la resolución de problemas y cogniciones positivas se relacionan con un menor número de problemas emocionales, de comportamiento y de consumo de sustancias. Por el contrario, el afrontamiento de evitación o no productiva se asocia generalmente con una mala adaptación y más problemas de salud mental en los adolescentes (Frydenberg, 2012).

Por otro lado los estudios transculturales muestran claras diferencias entre las comunidades que son culturalmente diversos, tales como Australia y Colombia, y un mayor número de similitudes entre jóvenes de las comunidades más homogéneas, como Alemania e Irlanda. Existen indicios claros de que el afrontamiento es único en cada cultura y contexto. Los jóvenes que tienen un mayor acceso a recursos como el apoyo familiar y el éxito en el aprendizaje son propensos a emplear formas de afrontamiento más productivas (Frydenberg, 2012).

Adicionalmente, McCubbin, Cauble y Patterson (1982) advierten que los procesos de afrontamiento no solo se presentan de forma individual, también aparecen como mediadores en el ámbito social. De esta forma, al interior del grupo familiar se despliega el uso de estrategias para afrontar, ya sea crisis normativas o no-normativas, con el fin de mantener, y/o recuperar el equilibrio y garantizar el bienestar de sus miembros (McCubbin & McCubbin, 1993; Olson & McCubbin, 1982; Olson, 2011).

Un estudio realizado en China, con jóvenes universitarios sobre la relación entre los acontecimientos estresantes de la vida y las habilidades de afrontamiento en riesgo de comportamiento suicida; menciona que las habilidades de afrontamiento personales juegan un papel importante en el proceso de manipulación de los factores estresantes de la vida, en el que el enfoque de afrontamiento se asocia generalmente con mejores resoluciones estresantes mientras que el afrontamiento evitativo se asocia con peores resultados, así mismo mencionan que cuando se utiliza un estilo de afrontamiento apropiado, las emociones positivas podría ocurrir incluso cuando la depresión y la angustia son frecuentes. Una falla del afrontamiento eficaz del estrés

puede entonces conducir a problemas psicológicos e incluso comportamientos suicidas (Tang, Fuzhong & Ping, 2015).

Los análisis logísticos de los datos mostraron que el riesgo de comportamiento suicida se asoció significativamente con el sexo femenino. El estudio demostró que los eventos estresantes de la vida y habilidades de afrontamiento deficientes son factores de riesgo importantes para la conducta suicida en los jóvenes estudiantes y que las habilidades de afrontamiento personales juegan un papel importante que influye en la probabilidad de tener un comportamiento suicida entre los que acaban de vivir los acontecimientos estresantes de la vida (Tang, Xue & Quin, 2015).

Según Gelhaar, Seiffge- Krenke et al. (2007); las estrategias de afrontamiento se pueden reducir en tres estilos de afrontamiento: afrontamiento activo, afrontamiento interno y afrontamiento evitativo.

En un estudio realizado con adolescentes de siete naciones de Europa, por Gelhaar y Seiffge- Krenke (2007) entre otros, se menciona que entre hombres y mujeres difieren más en el uso de ciertas estrategias de afrontamiento que en el uso de los tres estilos de afrontamiento, incluso desde edades más tempranas.

Se observa que en lo que se refiere al estilo de afrontamiento activo se presenta mayormente en la adolescencia temprana y tardía. Por otro lado, los resultados de esta investigación demostraron que el comportamiento de afrontamiento de los adolescentes fue significativamente más funcional que disfuncional.

En todas las culturas investigadas (europeas) la proporción de los dos estilos de afrontamiento funcionales (afrontamiento activo e interno) fue mayor que afrontamiento disfuncionales (retirada). Esto sugiere una capacidad universal, no culturalmente vinculado ara resolver situaciones de estrés específicos de la edad de una manera activa. Esto implica que la influencia de antecedentes culturales específicos de afrontamiento depende del problema a resolver (Gelhaar & Seiffge-Krenke, 2007).

El creciente interés por el estudio de las estrategias de afrontamiento es producto de reconocer en ellas un particular modo de responder a las diferentes situaciones que generan estrés, como así también de entender su función positiva de mitigar los efectos nocivos de aquél (Leibovich, Schmidt, & Marro, 2002).

Diversos estudios actuales destacan la importancia de conocer la manera en que los jóvenes, específicamente, enfrentan los desafíos del crecimiento en el curso de su desarrollo, en el cual deben atravesar cambios físicos, transformaciones en la personalidad, nuevos posicionamientos frente a las relaciones con sus pares y con sus figuras parentales, el desafío de la inserción en el mundo social, académico y laboral, entre otros.

3.2 AFRONTAMIENTO EN LA ADOLESCENCIA

El estrés es una respuesta del organismo ante eventos internos y externos que alteran el equilibrio del individuo. Tomando en cuenta este punto, la relación entre el estrés y el afrontamiento es recíproca, debido a que, las acciones que realiza una persona para enfrentar una situación, afectan la valoración del mismo y su subsecuente afrontamiento. Si el afrontamiento no es efectivo, el estrés se cronifica produciendo un fracaso adaptativo, que trae como consecuencia una cognición de indefensión junto con efectos físicos, emocionales y sociales. Por lo tanto puede decirse que el afrontamiento efectivo obra como un factor protector de la salud, debido a que actúa como neutralizador de los efectos estresantes de los acontecimientos vitales (Salotti, 2006).

El estrés hace referencia a la tensión física, mental o emocional ocasionada por presiones y demandas ambientales, situacionales o personales, en que los sucesos impredecibles e incontrolables ocasionan más estrés que los hechos sobre los cuales los individuos tienen un mayor control Tejada (citado en Serrano & Flores, 2005).

Frydenberg (2012) menciona que el estrés constante puede ser corrosivo y tomar una pesada carga sobre el cuerpo y su sistema inmunológico, a su vez el estrés prolongado podría deteriorar el funcionamiento del cerebro, afectando a las regiones del cerebro que son responsables de las funciones ejecutivas, regulación emocional y resistencia a la distracción.

De acuerdo con Frydenberg (2012) el estrés psicológico no reside en la persona, ni en la situación; sino en una transacción entre los dos, es decir, cómo la persona evalúa el evento y como él o ella se adapta a él. Por ejemplo. Para algunos jóvenes, ser señalado al hablar frente a la clase puede ser estresante, mientras que para otros es percibido como parte de la emoción de la escuela.

El estrés interviene en todos los ámbitos en los que se desenvuelve el individuo y ejerce un impacto psicofisiológico perjudicial que desempeña un papel desencadenador, regulador o exacerbador de diferentes síntomas (problemas para respirar con facilidad, taquicardia, insomnio, gastritis, colitis,

dermatitis, migraña, etc.) así como estados emocionales perjudiciales (poca tolerancia a la frustración, ansiedad, depresión, temor, etc.) (Serrano & Flores, 2005).

La adolescencia es una etapa en la cual existe un importante riesgo de estrés, ya que, durante ella, se producen muchos cambios que pueden valorarse como estresores porque, “desequilibran” la interacción habitual del sujeto con su medio. La Psicología del Desarrollo alude al concepto de desequilibrio y de crisis como factores importantes para el paso de una etapa a otra, dando por supuesto con esto que ese desequilibrio no necesariamente debe considerarse como un elemento perturbador, sino que puede ser el agente dinamizador o promotor de cambios. Este proceso de activación positiva se debe a que la superación del desequilibrio supone la reorganización de estructuras cognitivas y comportamentales que le permiten al sujeto alcanzar su adaptación (Salotti, 2006).

Entre los aportes sobre el tema del estrés en adolescentes, destacamos el desarrollado por Timko y Moos (1993) basado en la teoría de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984). Estos autores elaboraron un modelo de factores o determinantes de estresores crónicos en adolescentes:

1. Factores sociodemográficos, como por ejemplo, la edad, el sexo y el nivel educativo de los padres.
2. Factores personales, como por ejemplo, la emocionalidad, la sociabilidad, la ansiedad y la autoestima.
3. Estrés contextual y factores de afrontamiento, tales como, los recursos sociales, los sucesos vitales negativos y los modos de afrontamiento.

Durante la adolescencia existe mayor vulnerabilidad para padecer desajustes en el equilibrio sujeto-entorno psicosocial debido tanto a las demandas del entorno y de la propia dinámica evolutiva, como a las características cognitivas y conductuales que determinan la forma de afrontar esas demandas. La resolución de esos desequilibrios dinamiza la evolución individual porque, para lograr la misma, el sujeto debe poner en marcha determinados recursos personales o crear otros nuevos. Las transiciones

durante la adolescencia también son moldeados por lo social y contextos culturales en los que se producen (Crockett, 1997).

Según Salotti (2006) la incapacidad para resolver esas crisis o desequilibrios es lo que lleva al sujeto a realizar comportamientos desadaptados, más o menos transitorios, y/o problemas psicológicos duraderos. A partir de lo dicho, se comprende que lo patológico o conflictivo no es necesariamente lo característico de la totalidad de los adolescentes, sino que el hecho de que un adolescente presente o no un trastorno depende (entre otros factores) de la resolución de esos desequilibrios propios de los cambios que se dan en esta etapa. Es decir, que la forma de resolución o enfrentamiento del desequilibrio es lo que lo convierte en algo dinamizador o perturbador para el sujeto.

El intenso estrés, confusión, miedo e incertidumbre, así como la presión por el éxito, y la capacidad de pensar acerca de las cosas desde un nuevo punto de vista influye en las capacidades del adolescente para resolver problemas y tomar decisiones. Para algunos adolescentes, los cambios normales del desarrollo, a veces acompañados por otros hechos o cambios en la familia como el divorcio o la mudanza a una nueva comunidad, cambios de amistades, dificultades en la escuela u otras pérdidas, pueden causar gran perturbación y resultar abrumadoras (Mancilla, 2010).

Sin embargo, para la mayoría de las personas, la adolescencia no es vivida como una etapa especialmente tormentosa y tampoco se caracteriza por una etapa de grandes problemas de salud, más bien todo lo contrario. Esto ha hecho que en los últimos años se haya replanteado la investigación sobre el estrés y el afrontamiento en niños y adolescentes (Coleman & Hendry 1999).

Según Cohen y Figueroa (2004) la presencia de alta autoestima y de baja ansiedad en los adolescentes funciona como factor protector en la medida en que ayuda a minimizar problemas interpersonales antes de que se conviertan en crónicos. Así como la alta emocionabilidad puede generar situaciones tensas de enojo, mientras que la baja emocionabilidad puede promover actividades solitarias que disminuyan el contacto social.

Los adolescentes con tendencias a la sociabilidad se presentan como más activos y se inclinan por utilizar estrategias dirigidas a la resolución de problemas. El adolescente que puede contar con apoyo social está en mejores condiciones de usar estrategias de afrontamiento que le permitan reducir la tensión de un evento estresor (Cohen & Figuroa, 2004).

Se ha planteado que muchas conductas de riesgo como el consumo de drogas y alcohol, promiscuidad sexual, violencia y alteraciones en la alimentación responden a la incapacidad de algunos adolescentes para afrontar el presente si no también el futuro (Arnett, 1992; Nolen-Hoeksema, Stice, Wade & Bohon, 2007).

En el adolescente las estrategias de afrontamiento se desarrollan a partir de las demandas que exige el entorno, las cuales pueden estar relacionadas con diferentes dimensiones de su vida. Recientemente se han llevado a cabo estudios para evaluar las competencias de los adolescentes no solo para afrontar el presente sino también el futuro Seiffge- Krenke (citado en Lucio & Durán, 2014).

El análisis del afrontamiento durante la adolescencia, deriva en controversias que han dado como resultado propuestas y modelos explicativos diferentes, de los cuales se pueden identificar dos enfoques o aproximaciones principales. Una aproximación disposicional, considera el afrontamiento como una disposición más o menos estable de reaccionar o responder a diversas situaciones, lo que refleja un estilo de afrontar Beutler, Moos y Lane (citados en Barcelata & Lucio, 2012).

Una aproximación contextual asume que el afrontamiento es un proceso de carácter más transitorio, basado en los esquemas cognitivos y la elección de respuestas específicas ante una situación determinada. Connor-Smith y Compas (2004) clasifican el afrontamiento como: *Comprometido*, referente al intento activo para manejar la situación, el cual a su vez se divide en control primario, dirigido a cambiar la fuente de estrés o las emociones relacionadas con estrategias como solución de problemas; y el control secundario, que facilita la adaptación al estrés a través de estrategias como reestructuración cognitiva. *No comprometido*, cuando hay un distanciamiento de la situación problema o estresor.

Ambos modelos plantean que el afrontamiento de aproximación, comprometido o funcional se asocia con bienestar emocional y con menos problemas de salud mental, mientras que el segundo, de evitación, no comprometido o disfuncional se relaciona con problemas de salud mental.

Los datos de un meta análisis (Connor-Smith & Flashbart, 2007) indican que el afrontamiento comprometido se relaciona positivamente con características (también denominadas factores) de personalidad como conciencia, apertura a la experiencia y extraversión, y de forma negativa con el afrontamiento no comprometido; por el contrario, el neuroticismo se asocia con el afrontamiento no comprometido.

Por otro lado, Contreras, Espinosa y Esguerra (2009) confirman que la solución de problemas, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social se relacionan de manera negativa con neuroticismo y de forma positiva con estrategias como la auto focalización negativa y la expresión emocional. En contra parte, la extraversión, complacencia y conciencia se asocia con estrategias activas, comprometidas y racionales, indicando que los adolescentes sociables, amables, formales y responsables tienen mayor probabilidad de presentar un buen ajuste.

Barcelata, Luna, Lucio y Durán (2016) señalan que los rasgos de personalidad como la orientación al logro, el esfuerzo, la alegría y el altruismo son característicos de adolescentes con afrontamiento proactivo, caracterizado por orientarse hacia una meta y evaluar los factores estresantes como un reto. Mientras que el neuroticismo, la ansiedad, la depresión y la hostilidad, se relacionan con estrategias de afrontamiento disfuncional, presentando mayor inestabilidad emocional.

Otros modelos podrían considerarse mixtos ya que valoran tanto el carácter general del afrontamiento en términos de estilos, así como las estrategias utilizadas ante una circunstancia determinada Frydenberg (citado en Lucio & Durán, 2014).

En un estudio reciente con estudiantes de 13 a 18 años de la Ciudad de México, se mostró que las características de personalidad no solo se relacionaban con las estrategias de afrontamiento, sino que las características como la ansiedad, depresión, enojo, conducta antisocial, enajenación, tendencia al alcoholismo,

inmadurez y consumo de sustancias influían en el uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales, como rumiación, evitación, respuestas fisiológicas y conducta autolesiva; mientras que menor inmadurez, capacidad de contención o represión predijeron estrategias funcionales como la solución de problemas (Barcelata et al., 2016).

En un estudio realizado con adolescentes en la Ciudad de México, se encontró que, algunas escalas que implican conducta antisocial, ansiedad, inmadurez y baja autoestima presentaron elevaciones más altas que la muestra normativa, lo que podría indicar vulnerabilidad ya que son características encontradas en adolescentes con problemas y en los principales trastornos de salud mental (Benjet et al., 2009).

Las escalas clínicas que evalúan aspectos asociados con problemas emocionales como depresión, psicastenia, enojo y ansiedad se asocian con estrategias evitativas disfuncionales de tipo involuntario y no comprometido como rumiación, respuestas fisiológicas y conducta autolesiva. La presencia del enojo, síntomas de ansiedad y preocupación por la salud en los adolescentes evaluados (Barcelata et al., 2016) contribuyen a la activación fisiológica como reacción al estrés, la cual se asocia con otros problemas de salud.

De manera más precisa, y en lo que al afrontamiento en adolescentes se refiere, según Frydenberg y Lewis (1997) elaboraron una clasificación de dieciocho estrategias de afrontamiento, agrupadas en tres estilos de afrontamiento. Los dos primeros estilos – Resolver el problema y el afrontamiento en relación con los demás – son considerados como funcionales. Mientras que el último estilo – Afrontamiento improductivo – , resultaría disfuncional, ya que las estrategias que incluye no permitiría encontrar una solución a los problemas, orientándose más hacia la evitación (Gaeta & Martín, 2009).

En la Tabla 1 se observan los estilos asociados a las estrategias que comprenden, así como la definición en que los autores han dado a cada una de ellas.

Tabla 1

Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes (Frydenberg & Lewis, 1997)

<i>Estilos de afrontamiento</i>	<i>Estrategias</i>
RESOLVER EL PROBLEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Concentrarse en resolver el problema (estudiar el problema y analizar diferentes puntos de vista u opciones). • Esforzarse y tener éxito (compromiso, ambición y dedicación). • Invertir en amigos íntimos (buscar relaciones personales íntimas). • Buscar pertenencia (preocupación e interés por las relaciones con los demás y por lo que otros piensan). • Fijarse en lo positivo (Ver lo positivo de la situación y considerarse afortunado). • Buscar diversiones relajantes (actividades de ocio como leer o pintar). • Distracción física (hacer deporte, mantenerse en forma, etc.)
AFRONTAMIENTO EN RELACION CON LOS DEMÁS	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar apoyo social (compartir el problema y buscar apoyo en su resolución). • Acción social (dar a conocer el problema y solicitar ayuda mediante peticiones o actividades). • Buscar apoyo espiritual (uso de la oración y creencia en la ayuda de un líder o Dios). • Buscar ayuda profesional (opinión de profesionales, como maestros u otros consejeros).
AFRONTAMIENTO IMPRODUCTIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Preocuparse (temor por el futuro y preocupación por la felicidad futura). • Hacerse ilusiones (esperanza y anticipación de una salida positiva). • Falta de afrontamiento (incapacidad para tratar el problema y desarrollo de síntomas psicossomáticos). • Reducción de la tensión (intentar sentirse mejor y relajar la tensión). • Ignorar el problema (rechazar conscientemente el problema). • Autoinculparse (sentirse responsable de los problemas o preocupaciones). • Reservarlo para sí (huir de los demás e impedir que conozcan sus problemas).

Nota. Adaptado de "ACS, Escalas de Afrontamiento para Adolescentes: Manual", Frydenberg y Lewis, 1997, por M.Gaeta y P. Martín, 2009, Revista de Humanidades, 15, p. 332.

Por otro lado, Seiffge-Krenke (1993) propuso un modelo de afrontamiento con enfoque en el desarrollo, derivado de estudios empíricos previos realizados con poblaciones normales. De acuerdo con esta autora, el afrontamiento está conformado por tres factores: afrontamiento activo (conducta manifiesta) afrontamiento interno (respuestas predominantemente cognitivas) y el afrontamiento evitativo (respuestas encaminadas a evitar el estímulo).

Posteriormente, en otro estudio encontró dos factores predominantes: uno que contiene respuestas de tipo activo e interno y otro de respuestas predominantemente evitativas. Un tercer estudio hecho con muestras normativas reveló que la mayoría de los adolescentes afrontan las situaciones de manera competente y pueden manejar adecuadamente los diversos sucesos normativos (Seiffge- Krenke, 1995).

Esta autora divide el afrontamiento adolescente en funcional o de aproximación al estresor; y disfuncional, cuando se evita la situación estresante (Seiffge Krenke, 2000).

Con relación al afrontamiento disfuncional, se establece que el problema no se resuelve en ese momento en particular y se caracteriza por presentar conductas o pensamientos que incluyen la negación, represión, distracción, evitación, rumiación o aplanamiento emocional, lo que lleva al sujeto a asumir una actitud de evitación hacia el estímulo. Las estrategias de afrontamiento funcionales, reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, mientras que las estrategias de afrontamiento disfuncionales pueden disminuir el estrés momentáneamente pero deterioran la salud a largo plazo (Días, Jiménez, & Fernández Abascal, 1997).

No obstante, algunas estrategias de evitación pueden ser funcionales y conducir hacia la adaptación positiva, en particular cuando no puede tener control de la situación, por lo que se reconocen más estrategias, las cuales pueden involucrar respuestas voluntarias, involuntarias, comprometidas y no comprometidas. Connor-Smith & Compas (citados en Lucio & Durán, 2014) las que a su vez pueden implicar activación fisiológica; búsqueda de apoyo social; procesos cognitivos, como rumiación, pensamiento mágico, o pensamiento positivo.

Amirkhan & Auyeung (citado en Lucio & Durán 2014) mencionan que las respuestas de afrontamiento son deliberadas y constituyen esfuerzos para manejar el estrés, por lo que parece lógico que la gente más joven pueda afrontar de manera distinta a la gente mayor, usando estrategias apropiadas de acuerdo a su nivel de madurez y de acuerdo al tipo de problemas que enfrentan.

De acuerdo con lo anterior, se puede entender el afrontamiento como un fenómeno complejo que requiere de un esfuerzo físico, cognitivo, emocional y conductual, que junto con factores tales como la cultura, edad, personalidad y la relación que el individuo tiene con el ambiente, determinaran el éxito o fracaso que se pueda tener al utilizar una estrategia de afrontamiento. Asimismo, es importante resaltar, cómo las consecuencias de esta ya sean positivas o negativas inciden en el desarrollo socioemocional de un individuo.

Las conductas de afrontamiento han de considerarse como fruto de un proceso que depende de la evaluación que el sujeto realiza de las demandas de una situación o problema concreto. Así, las estrategias de afrontamiento suscitadas ante un problema dado pueden diferir mucho de las empleadas en otras situaciones distintas (Morales & Trianes, 2010).

Ver al afrontamiento como un proceso implica considerar la conducta y pensamiento del sujeto en un contexto concreto y en condiciones particulares, en un continuo cambio a medida que la interacción va desarrollándose. Esta dinámica no es resultado del azar, sino de las continuas estimaciones de las variables entre el individuo y el ambiente (Richaud de Minzi, 2006).

De acuerdo con Frydenberg (2012) el afrontamiento funciona según determinadas situaciones, las características individuales (disposición biológica, historia personal y familiar; así como las características del clima familiar) impactando en la percepción que se tiene de la situación estresante.

3.3 AFRONTAMIENTO Y SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

El concepto de estrategia de afrontamiento ha ocupado un lugar importante en el manejo y entendimiento de lo que una persona hace frente a situaciones amenazantes o estresantes; diferenciándose del concepto rígido de mecanismos de defensa. El esfuerzo cognitivo conductual que el sujeto hace, se puede orientar de manera simultánea, a más de una estrategia, con predominancia de una. Este proceso dinámico va a estar mediado por la experiencia de la re-conceptualización que el individuo realiza por experiencia personal o por la mediación de otro individuo (Quintanilla et al., 2005)

Por las repercusiones que tienen los estilos de afrontamiento en la salud, ha surgido el interés de construir instrumentos que proporcionen información sobre las estrategias de afrontamiento que emplean los jóvenes ante diversos estresores y poder intervenir a nivel preventivo en caso necesario. Es importante por lo tanto contar con instrumentos específicos para adolescentes pues se ha demostrado que la percepción del estrés y las estrategias de afrontamiento se modifican en este periodo de la vida (Seiffge-Krenke, Aunola, & Nurmi, 2009).

El medir el afrontamiento en adolescentes es esencial dado que los jóvenes constituyen un porcentaje significativo de la población pues, según estimaciones de la OMS (2011) un 30% de la población mundial son jóvenes, al igual que en Latinoamérica y el Caribe. En México representan la franja más ancha de la pirámide poblacional (OPS, 2011)

La adolescencia es una etapa del desarrollo en la cual se lucha por alcanzar plena madurez social y se presenta el desafío de decidir el propio destino y lograr la consolidación de la identidad, con un consecuente abandono de la infancia y la adquisición de papeles de adulto. Debido a ello, algunos individuos tienen mayores dificultades para poder adaptarse; incluso, manifiestan síntomas de algunos trastornos psiquiátricos como la depresión y perciben que su futuro se halla fuera de control. Así, la ideación y el intento suicida surgen como una salida ante tal situación (Córdova, 2013).

Según Valadez (2010) la evasión, escape o huida de casa del adolescente o de algún miembro de la familia ante la presencia de conflictos, tiene una relación importante con la evitación y resolución del estrés; estas actitudes dan pauta a una conducta que es empleada como una solución a la tensión interna que se descarga. Se podría decir que la forma de solución de los conflictos acostumbrada en la familia sirve de ejemplo a seguir para el adolescente.

Por otra parte, en estudios realizados en población adolescente con tendencia suicida, se ha identificado el empleo de estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción principalmente, con el fin de buscar un alto grado de malestar o de bienestar (Quintanilla et al., 2006).

Siguiendo con lo anterior se podría decir, que la conducta suicida, mantiene una estrecha relación con el uso de ciertas estrategias de afrontamiento o con la deficiencia de las mismas como lo mencionan Yufit y Bongar (citados en Quintanilla et al., 2005) los cuales sostienen que la deficiencia en estrategias de afrontamiento es un factor de riesgo importante para la conducta suicida.

Barcelata et al.(2016) mencionan que las características de personalidad como mayor expresividad y madurez, mejor autoestima , menor ansiedad y depresión , así como menor tendencia a recurrir al uso de alcohol, aumentan la probabilidad de que los adolescentes utilicen estrategias de afrontamiento adaptativas y se orienten a la solución de sus problemas.

Por el contrario rasgos depresivos, tendencia a somatizar, ansiedad, preocupación por la salud, represión , baja autoestima e introversión son algunos rasgos comunes al Neuroticismo, que pueden predecir estrategias de afrontamiento disfuncionales no comprometidas como la evitación, la rumiación y la activación fisiológica, de las cuales las primeras están relacionadas con problemas como el suicidio (Lucio & Hernández, 2009).

Cuando el ambiente familiar le resulta frustrante al adolescente, lo expone a buscar soluciones equivocadas, “el comportamiento autodestructivo se convierte en un medio de comunicación de sentimientos, demandas o suplicas que el adolescente

no sabe o no puede expresar de otra manera, pues carece de una estrategia de afrontamiento más adecuada” (Valadez, 2010, p. 2).

Las estrategias de afrontamiento empleadas se relacionan con la adaptación y salud mental de niños y adolescentes, ya que el empleo diferencial de estrategias arroja diferentes resultados de adaptación y salud mental. Así, numerosos autores encuentran una relación entre las estrategias empleadas, las situaciones estresantes y una predicción de psicopatología e inadaptación o por el contrario, de salud mental, en niños (Cabanach, González, Pineiro, Rodríguez, & Valle, 2010; Compas, Grant & Orosan, 1993; Lapointe & Marcotte, 2000; Seiffge-Krenke, 2000).

De hecho, algunos de estos estudios encuentran que el empleo de estrategias de afrontamiento productivas y eficaces ante problemas de convivencia escolar y de deterioro de las relaciones interpersonales, frecuente en la actualidad en los centros educativos, se asocia con resultados más favorables de adaptación socioemocional (Morales & Trianes, 2010).

El afrontamiento se ha convertido en un elemento importante de estudio, debido a las diversas repercusiones que se tienen en la salud, principalmente en la etapa de la adolescencia en la cual existe un importante riesgo de estrés, puesto que en esta etapa se producen muchos cambios, que para el adolescente pueden valorarse como estresores, desequilibrando la relación de éste con su medio.

La tensión producto de dichos cambios, puede ser emocional, psicológica y física, sobrepasando los recursos que tiene el adolescente, empleando formas poco adaptativas de afrontar, como pueden ser algunas conductas suicidas. Por lo que el interés del presente estudio se centra en conocer la relación entre las estrategias de afrontamiento empleadas por un grupo de adolescentes y el riesgo suicida.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Planteamiento del problema y Justificación

El suicidio involucra factores de riesgo que contribuyen a que éste se lleve a cabo y para que éste se tenga como opción de solución a un conflicto interno o al estrés del individuo. Es por esto que el suicidio debe tener urgente atención para prevenirse, así como deben ser tratados los factores de riesgo que éste involucra. El suicidio es un fenómeno complejo, debido a que influyen diversos factores de riesgo, como biológicos, psicológicos, sociales, entre otros (Valadez, 2005).

El suicidio en nuestro país es la tercera causa de muerte entre los adolescentes; la primera son los accidentes automovilísticos y la segunda el homicidio (violencia domestica) (INEGI, 2016), por lo que el suicidio en adolescentes se ha convertido en un tema de importancia social y de salud pública mundial; su estudio ha requerido de múltiples investigaciones para comprender cada una de las etapas de la conducta suicida en esta población. Las estadísticas referentes a este fenómeno, nos hace no solo pensar, sino realizar diferentes estudios sobre la situación actual de los jóvenes, sobre su medio social, familiar, etc. Y como estos contextos influyen considerablemente en su conducta, representando factores de riesgo o de protección.

La relevancia de este estudio se dirige en su prevención e intervención principalmente en la población juvenil, puesto que todos los componentes biológicos, cognitivos, conductuales y emocionales que se encuentran en proceso de maduración y su interacción con procesos proximales y distales inmersos en un mundo cambiante y con altos niveles de exigencia, contribuyen a que los adolescentes sean considerados como un grupo en constante riesgo (OMS, 2003).

A su vez, algunos estudios realizados en la población adolescente, entre ellos, el de González et al. (2002) señalaron que la edad en que se realizó el único o último intento suicida por los hombres y las mujeres fue aproximadamente a los 13 años (con rangos entre los 10 y 15 años); es decir, puede considerarse que en este tiempo cursaban los últimos años de la primaria o la secundaria, los motivos fueron los que tienen que ver con problemas familiares seguidos por sentimientos de soledad, tristeza y depresión. Por lo que estos niveles educativos constituyen los sectores más propicios para la atención y prevención de la conducta suicida.

De acuerdo con Clemente y González (1996) el mayor problema enfrentado por las personas que cometen suicidio o lo intentan es el de carecer de respuestas de afrontamiento suficientes o efectivas para superar las situaciones que les provocaron estrés. Por lo que el estudio de las estrategias de afrontamiento en la adolescencia temprana es importante, ya que no existen muchos estudios referentes a este rango de edad.

Por lo que esta investigación, estuvo dirigida a la detección de necesidades, así como de aquellas estrategias de afrontamiento que causen malestar (psicológico, físico, etc.) en un grupo de adolescentes que constituyen uno de los grupos de la población más vulnerables. La información y los datos obtenidos a partir de esta investigación, se utilizarán para la creación de materiales informativos para adolescentes y sus padres.

Finalmente, el suicidio no solo afecta a la persona que comete el acto, sino también a las personas que ésta deja atrás. Con frecuencia los seres queridos de la víctima responden con negación y conmoción, seguidas de pena y cólera, esta última puede estar dirigida hacia ellos mismos, pero por lo general es hacia la persona que cometió el acto. El acto suicida plantea preocupaciones morales, éticas y legales.

4.2 Objetivos

4.2.1 Objetivo general

Identificar la relación entre el nivel de riesgo suicida, las estrategias de afrontamiento y los problemas familiares en una muestra de adolescentes tempranos.

4.2.2 Objetivos específicos

Identificar el nivel de riesgo suicida en la muestra de adolescentes.

Identificar las estrategias de afrontamiento en la muestra de adolescentes.

Conocer las diferencias entre los adolescentes con riesgo suicida y adolescentes sin riesgo suicida, con respecto a las estrategias de afrontamiento.

Conocer la relación entre el riesgo suicida y los problemas familiares en un grupo de adolescentes.

Conocer la relación entre los problemas familiares y el riesgo suicida en los adolescentes con y sin riesgo suicida.

Conocer la relación entre el riesgo suicida y las estrategias de afrontamiento funcionales y disfuncionales en los grupos de adolescentes.

4.3 Preguntas de investigación

¿Cuál es la relación entre el riesgo suicida y las estrategias de afrontamiento?

¿Los adolescentes que presentan riesgo suicida utilizan diferentes estrategias de afrontamiento que los que no lo presentan?

¿Los adolescentes con riesgo suicida presentan más problemas familiares en comparación con los que no tienen riesgo suicida?

4.4 Hipótesis

Los adolescentes que presentan riesgo de suicidio presentarán, más estrategias de afrontamiento disfuncionales en comparación con los adolescentes que no presentan riesgo suicida.

Los adolescentes sin riesgo suicida presentarán más estrategias de afrontamiento funcionales que los que presentan riesgo suicida.

Los adolescentes con riesgo suicida presentarán mayores problemas familiares en comparación con los que no tienen riesgo suicida.

4.5 Variables

Variable Independiente

1. Riesgo suicida

✓ Definición Conceptual

Es la probabilidad que tiene una persona de intentar matarse. Este último es valorado por medio de factores epidemiológicos, de antecedentes personales y del estado mental y de los estresantes actuales a los que está sometido el individuo (Hernán, 2004).

✓ Definición operacional

Se identificará el nivel de riesgo suicida mediante el número y tipo de respuestas dadas al Inventario de Riesgo e Ideación Suicida (Hernández & Lucio, 2006) que permite crear niveles de prioridad a partir de un modelo acumulativo de riesgo.

Con base a la calificación se puede ubicar a los jóvenes en cuatro niveles o prioridad de riesgo suicida, de acuerdo con los siguientes criterios:

1. **PRIORIDAD 1 (RIESGO ALTO):** se caracteriza por haber endosado tanto los tres reactivos críticos (25, 49 y 50) así como presentar puntuaciones T mayores a 60 en las tres subescalas (T1, T2 y T3) sin importar la elevación del índice (T4).
2. **PRIORIDAD 2 (RIESGO POR INTENTO):** se ubican en esta categoría aquellos que endosaron el reactivo 50 de intento o intentos previos. También pueden presentar elevaciones mayores a T60 en alguna de las subescalas o bien haber endosado a uno de los dos reactivos críticos 25 o 49, aunque no necesariamente.
3. **PRIORIDAD 3 (RIESGO POR IDEACIÓN):** se ubican en esta categoría a aquellos que reportan ideación suicida recurrente, de algunas veces a casi todo el tiempo, es decir, que hayan endosado el reactivo 25 con una puntuación cruda de tres a cuatro. También pueden haber endosado el reactivo 49 (planeación) y tener elevaciones mayores a T60 en alguna subescala, aunque no necesariamente.
4. **GRUPO SIN RIESGO:** En este grupo se encuentran adolescentes que no cumplen los criterios de prioridad 1, 2 ó 3. Algunos casos pueden tener puntuaciones mayores a T60 en el índice de dificultades asociadas al suicidio (T4).
5. **PRIORIDAD 4 (RIESGO BAJO):** Aquí se encuentran aquellos adolescentes que muestran indicadores de malestar psicológico asociado al riesgo suicida. Algunos casos, pueden haber endosado el reactivo 49 así como presentar una puntuación mayor a T60 en alguna de las 3 subescalas T1, T2 y T3.

Variables dependientes

1. Estrategias de afrontamiento

✓ Definición conceptual

Proceso a través del cual, el individuo maneja las demandas o situaciones que percibe como estresantes. Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1986).

✓ **Definición operacional**

Se medirá por medio de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes que evalúa estrategias de afrontamiento en adolescentes, con la cual se hicieron previamente estudios en estudiantes de secundaria (Lucio, Durán & Heredia, 2011).

Este instrumento evalúa estrategias de afrontamiento en adolescentes entre 13 y 18 años. Consta de 43 reactivos (alpha global .89). Es una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta:

- 1= nunca lo hago
- 2= A veces lo hago
- 3= Mas o menos lo hago
- 4= Frecuentemente lo hago
- 5= es mucho de lo que yo hago

La calificación se realiza sumando los puntajes correspondientes a cada una de las respuestas por factor, los cuales vienen señalados en las hojas de respuesta y corresponden a A= 1; B=2; C=3; D=4; E=5. Se asigna 0 cuando el reactivo está en blanco o se contestó más de una opción de respuesta. Con esto se obtiene un puntaje total para cada factor. Una vez obtenidas las puntuaciones crudas, estas se convierten a puntuaciones T.

2. Problemas familiares

✓ **Definición conceptual**

Discordias, celos, críticas, enojos, paliza, serios desacuerdos, falta de amor y comprensión así como una comunicación restringida. Los adolescentes perciben poco apoyo por parte de su familia cuando tienen dificultades, debido a esto, les resulta eterno tener que esperar hasta que puedan estar en condiciones de dejar su hogar, asimismo sienten que sus padres los castigan sin ninguna razón y que los tratan como

niños, así como que a sus padres les disgusten su grupo de compañeros o amigos (Lucio, Ampudia & Durán, 1996).

✓ **Definición operacional**

Se medirá por medio de la escala de contenido, Problemas Familiares (FAM) del MMPI-A, que contiene 35 reactivos. Las puntuaciones elevadas en la escala Problemas Familiares (FAM) indican presencia de dificultades en las relaciones con los padres y otros miembros del grupo familiar.

Se evaluará a partir de los siguientes criterios, donde:

- Las puntuaciones mayor o igual a T 65 se consideran puntuaciones elevadas.
- Las puntuaciones de T 60 a 64 se consideran elevaciones moderadas.
- Las puntuaciones promedio menor a T 55 se consideran bajas.

4.6 Tipo de estudio

✓ **Descriptivo comparativo**

Este tipo de estudios buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir miden, evalúan, o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar (Sampieri, Fernández, & Baptista, 2010).

4.7 Diseño

El diseño de investigación es transversal, en este caso se pretende recolectar datos en un solo momento con el objetivo de describir comunidades, eventos, fenómenos o contextos. Así mismo se pretende indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables (Hernández-Sampieri, et al., 2003).

4.8 Participantes

La muestra inicial fue de 126 alumnos de primero y segundo grado de secundaria, de ambos sexos, posteriormente se eliminaron los casos de adolescentes que presentaban en los instrumentos de evaluación: un patrón de respuesta incongruente, así como haber dejado sin contestar la mayor parte de las pruebas, otro criterio de exclusión fue la edad de los participantes (menores de 11 años); otros casos se eliminaron según los criterios del MMPI-A. La muestra final resultó en 102 participantes que representan el 17.5% de 582 estudiantes de una secundaria de tiempo completo de la Ciudad de México, ubicada en la delegación Benito Juárez, con un rango de edad, de 12 a 14 años ($M= 12.71$, $D.E.=.683$). De los cuales 44 son Hombres y 58 Mujeres.

Tabla 2

Distribución de la muestra por edad (n= 102)

EDAD	PARTICIPANTES	PORCENTAJE %
12	39	38%
13	53	52%
14	10	10%
TOTAL	102	100%

4.8.1 Criterios de inclusión

- ✓ Hombres y mujeres adolescentes entre los 12 y los 14 años de edad (adolescencia temprana).
- ✓ Estudiantes de nivel secundaria (activos).
- ✓ Haber contestado todos los instrumentos aplicados de forma correcta (IRIS-A, CA-A y MMPI-A).

4.8.2 Criterios de exclusión

- ✓ Adolescentes que presenten un patrón de respuestas incongruentes en los instrumentos.
- ✓ Que no hayan contestado alguno de los tres instrumentos aplicados.
- ✓ Que no cumplan con el rango de edad (de 12 a 14 años).

4.9 Instrumentos

4.9.1 Ficha de datos sociodemográficos (Lucio, Durán, León & Hernández, 2003) empleada para describir las características de la muestra.

Está compuesta por un cuadernillo de aplicación y una hoja de respuesta. Consta de 30 reactivos de opción múltiple, que miden algunas variables sociodemográficas, que permiten obtener información para describir la muestra. El tiempo de aplicación es de 10 min.

4.9.2 El Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes IRIS-A (Hernández & Lucio, 2006).

Uno de los productos de investigación del Dr. Hernández y la Dra. Lucio que más alcance ha tenido es el Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes "IRIS" (Hernández & Lucio, 2006) un instrumento de tamizaje que ha probado ser válido y confiable en la detección y categorización del riesgo suicida entre adolescentes estudiantes mexicanos junto a otros instrumentos igualmente desarrollados en México como el Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes (Lucio & Durán, 2006).

El propósito del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes "IRIS" (Hernández & Lucio, 2006) es la identificación de 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.

Es un instrumento psicológico desarrollado y validado específicamente para la población adolescente mexicana, tomando en cuenta variables como la cultura e idiosincrasia de la población juvenil en México y la dualidad riesgo/protección del entorno escolar en el estudio del bienestar o malestar emocional de los estudiantes de secundaria y preparatoria de la Ciudad de México y otras localidades en el país.

El IRIS se compone de 50 reactivos en una escala de respuesta tipo Likert.

Conforma por tres subescalas:

1. Ideación e intencionalidad suicidas (10 reactivos)
2. Depresión y desesperanza (8 ítems)
3. Ausencia de circunstancias protectoras (6 ítems)

Incluye además, un índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida (26 ítems); y tres reactivos críticos:

1. Ideación suicida;
2. Plan (es) suicida (s);
3. Intento (s) previo (s).

FACTOR O SUBESCALA 1 (T1): Ideación e intencionalidad suicida, compuesta por 10 reactivos:

- 49. He planeado mi propia muerte.
- 50. He intentado quitarme la vida.
- 25. He pensado en suicidarme.

FACTOR O SUBESCALA 2 (T2): Depresión y desesperanza, compuesta por 8 reactivos.

- 40. Me siento confundido (a) respecto a...
- 38. Me cuesta trabajo concentrarme.
- 43. Me he sentido desilusionado (a) de la vida.

FACTOR O SUBESCALA 3 (T3): Ausencia de circunstancias protectoras, compuesta por 6 reactivos.

- 7. Me han tomado en serio.

1. Creo o siento que mi familia conoce y comprende mis intereses, ideas y sentimientos.

31. Se preocupan por mí.

Reactivos Críticos (3)

- **Ideación suicida 25.** He pensado en suicidarme.
- **Plan suicida 49.** He planeado mi propia muerte.
- **Intento(s) previo(s) 50.** He intentado quitarme la vida.

Índice de dificultades asociadas al riesgo suicida (T4). Compuesto por 26 reactivos.

2. Creo o siento que algo está mal conmigo.

6. He sentido ganas de lastimarme o lastimar a alguien.

10. El tema de la muerte ha llamado mi atención.

NOTA: para consultar IRIS-A, con derechos de autor; visitar la página. <https://suicidologia.org.mx/>

A través del sistema de calificación del IRIS es posible crear distintos grupos o niveles de prioridad. Existen tres reactivos críticos para el caso de ideación, planeación e intento suicida: R 25: He pensado en suicidarme; R 49: He planeado mi propia muerte; y 50: He intentado quitarme la vida. Para la ideación y planeación suicida, la identificación se hace a partir del valor 3 de la escala (Algunas veces); para el intento suicida, se considera para la identificación desde que reportan un intento, es decir, a partir del valor 2 de la escala (Una vez). Los criterios para delimitar cada grupo o nivel son los siguientes:

- Riesgo alto o prioridad 1: si se endosan los tres reactivos críticos (ideación, planeación e intento) y además hay una elevación de $T > 60$ en todas las subescalas del instrumento.
- Riesgo por intento o prioridad 2: si se endosa el reactivo crítico de intento suicida; puede haber una o más elevaciones $T > 60$ en las subescalas del instrumento.

- Riesgo por ideación o prioridad 3: si se endosa el reactivo crítico de ideación suicida; puede haber una o más elevaciones $T > 60$ en las subescalas del instrumento.
- Riesgo por malestar emocional asociado al suicidio o prioridad 4: no se endosan reactivos críticos, pero se presentan elevaciones de $T > 60$ en el índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida.
- Sin riesgo: no se endosa ningún reactivo crítico ni se presentan elevaciones $T > 60$

De esta forma, el instrumento indaga no solamente la exposición a factores de riesgo para la conducta suicida sino también la presencia de tres indicadores básicos de riesgo suicida para su evaluación. El tiempo promedio de aplicación es de 15 minutos.

Tiene una consistencia interna ($\alpha = .95$) y un porcentaje de varianza explicada (57.6%) adecuados.

Las puntuaciones T son puntuaciones uniformes para cada subescala e índice de IRIS, calculadas por separado para hombres y mujeres. En las puntuaciones T un valor de 150 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 PT30 se ubica dos desviaciones estándar debajo de la media.

La confiabilidad y validez del inventario de riesgo suicida para adolescentes "IRIS- A", se obtuvieron a través del Alfa de Cronbach y análisis factorial (rotación varimax). Los factores obtenidos fueron tres con una (varianza explicada del 57.6%; $\alpha = .95$).

4.9.3 Escala de afrontamiento para adolescentes Mexicanos (EA-A) (Lucio, Durán & Heredia, 2011).

Existen otros instrumentos que se han desarrollado para evaluar el afrontamiento en adolescentes; el que ha tenido un uso más popular es la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) de Frydenberg y Lewis (1997) la cual ha sido adaptado lingüística y psicométricamente a diversas poblaciones de habla hispana; sin embargo en México no se contaba con un instrumento que estuviera adaptado para su población específica, de ahí que haya surgido la necesidad de desarrollar la Escala de Afrontamiento para Adolescentes Mexicanos (EA-A) .

La escala de afrontamiento para adolescentes mexicanos, que es una escala tipo Likert, la cual se administra de forma individual o colectiva constituida por 43 reactivos puntuados en una escala de 1 a 5. Se puede utilizar para evaluar ocho diferentes estrategias de afrontamiento. Duración de la aplicación de 25 a 30 min.

Dirigida a la población adolescente de 13 a 18 años, de ambos sexos. Evalúa respuestas de afrontamiento y respuestas involuntarias al estrés en adolescentes.

Se construyó a partir de las respuestas a los estresores que proporcionaron adolescentes provenientes de población abierta, agrupados a partir de los modelos de afrontamiento propuestos por Compas (1998) y Seiffge- Krenke (1993) con la particularidad de contemplar dos aspectos más que se hallaron en las muestras con las que se trabajó. La escala está conformada en total por ocho factores obtenidos de forma empírica, cada factor agrupa varias estrategias que pueden ser útiles para evaluar la forma en que el sujeto particular enfrenta los estresores a los que se somete. Para su calificación se utilizan puntajes T.

Para determinar la validez de constructo del cuestionario se realizó un análisis factorial con método de extracción de componentes principales con rotación ortogonal (varimax). La configuración resultó estable, con la medida de adecuación muestral KMO (Kaiser- Meyer- Olkin) de.91 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue de $X^2 = 28030.85$ $p \leq .001$, que indica que es un factorial adecuado para representar los datos.

Los reactivos cuales se integran en 8 factores que explican el 61.77% de la varianza.

Factor	Núm. Reactivos	Alfa
1. Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones	14	.89
2. Respuestas fisiológicas	6	.82
3. Rumiación e impulsividad	6	.72
4. Evitativo pasivo	4	.60
5. Distracción con el grupo de pares	5	.70
6. Búsqueda de apoyo	3	.84
7. Impotencia y conducta autolesiva	3	.59
8. Religión	2	.66
Total	43	.87

Los factores que evalúa son:

1. Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones (14 reactivos): implica estrategias eficientes de afrontamiento que están dirigidas a la solución de problemas, ya sea de forma activa o de forma interna.
2. Respuestas fisiológicas (6 reactivos): se refiere a la activación de los sistemas fisiológicos en respuesta a las emociones, lo cual prepara al organismo para un acto de huida o ataque cuando se enfrenta a una situación estresante.
3. Rumiación e impulsividad (6 reactivos): se refiere a estrategias disfuncionales que implican pensamientos y emociones negativas que giran en torno al problema y que no conducen a la generación de alternativas para su posible solución; así como acciones que se llevan a cabo sin un proceso de evaluación de sus consecuencias y que generan malestar posterior.
4. Evitativo pasivo (4 reactivos): refiere las estrategias que representan la negación y represión del problema, las cuales se reflejan en actitudes y acciones que llevan a la inmovilidad y/o retirada, es decir, no se realiza esfuerzo alguno en dar solución al problema.
5. Distracción y búsqueda de apoyo con el grupo de pares (5 reactivos): se refiere al uso de recursos sociales, específicamente los pares, ya sea con el fin de obtener herramientas para la solución del problema, apoyo emocional o un medio de escape cognitivo y/o conductual del problema.

6. Búsqueda de apoyo con la familia (3 reactivos): Recurrir a la intervención pasiva o activa de los familiares para solucionar el problema y obtener apoyo emocional.
7. Impotencia y conducta autolesiva (3 reactivos): se refiere a estrategias disfuncionales no dirigidas a la resolución del problema, que consisten en la intención o realización de conductas autodirigidas cuyo fin es herir.
8. Religión (2 reactivos): implica recurrir a creencias religiosas para aminorar el malestar generado por el estrés producto de una situación abrumadora.

Factor 1. Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones

- R31. Tomo las cosas con calma y trato de encontrar una solución
- R20. Trato de tranquilizarme antes de hacer algo
- R26 Tengo confianza en que el problema se va a solucionar

Factor 2. Respuestas Fisiológicas

- R40 Siento que el corazón me late más rápido
- R43 Siento los latidos de mi corazón

Factor 3. Rumiación e impulsividad

- R3 Me preocupo por el problema todo el tiempo
- R36 Pienso mucho en el problema y no puedo sacármelo de la cabeza

Factor 4. Evitativo pasivo

- R14 No le doy mucha importancia
- R2 Actuó como si no pasara nada
- R5 No hago nada
- R34 Actuó como si todo estuviera bien

Factor 5. Distracción y Búsqueda de apoyo con el grupo de pares

- R1 Pido consejo a un amigo para solucionarlo

R10 Busco algo divertido que me ayude a olvidar el problema

R25 Intento olvidar el problema divirtiéndome con mis amigos

Factor 6. Búsqueda de apoyo

R4 Hablo con mis papás y trato de solucionar las cosas

R11 Contarles a mis papás y hermanos par que me aconsejen

Factor 7. Impotencia y conducta autolesiva

R21 Pienso en matarme para escapar de los problemas

R27 Me hago daño para lastimar alguna parte de mi cuerpo

Factor 8. Religión

R6 Rezo para sentirme mejor

La calificación se realiza sumando los puntajes correspondientes a cada una de las respuestas por factor, los cuales vienen señalados en las hojas de respuesta y corresponden a A= 1; B=2; C=3; D=4; E=5. Se signa 0 cuando el reactivo esta en blanco o se contestó más de una opción de respuesta. Con esto se obtiene un puntaje total para cada factor. Una vez obtenidas las puntuaciones crudas, estas se convierten a puntuaciones T.

4.9.4 Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) (Lucio, Ampudia & Durán, 2004).

Objetivo: Identificar los principales problemas personales, sociales y conductuales, así como la psicopatología del adolescente

Administración: Jóvenes de 14 a 18 años de edad.

Forma de aplicación: Individual, colectiva.

Campo de aplicación: Clínica, Educativa; Social e Investigación.

Tiempo de aplicación: 60 a 90 min

Se utilizó la versión para población mexicana (Lucio, 1998). Se compone de 478 reactivos dicotómicos verdadero/falso, distribuidos en cuatro tipos de perfiles o escalas que evalúan características de personalidad y adaptación.

- 1) Escalas de Validez, valoran la forma de contestar a la prueba, que indican la confiabilidad y validez de los datos.
- 2) Escalas Clínicas, evalúan rasgos de personalidad y sintomatología psiquiátrica como depresión, ansiedad, esquizofrenia, conducta antisocial, entre otros.
- 3) Escalas de Contenido, detectan contenidos específicos como baja autoestima, enojo, rasgos obsesivos, enajenación.
- 4) Escalas Suplementarias, proporcionan información del nivel de madurez del adolescente, así como tendencia, aceptación y vulnerabilidad al uso de alcohol y drogas.

Si las escalas de este instrumento tienen una puntuación T de 41 a 59 se considera que estos valores son similares a los producidos por la muestra normativa e incluso puede decirse que están dentro de los límites normales.

Valores de puntuación T que se encuentran entre las puntuaciones T de 60 a 64, aun cuando pueden hacerse interpretaciones deberían tomarse como elevadas con reserva. Además es probable que las puntuaciones en estos rangos reflejen descriptores menos extremos.

Una puntuación T mayor que 65 es necesaria para aplicar al entrevistado adolescente los descriptores clínicos, para su interpretación y se considera elevada.

Cabe mencionar que para fines de la presente investigación sólo se utilizará la escala de contenido, problemas familiares, con 35 reactivos.

Los adolescentes con puntuaciones elevadas en la escala FAM-A manifiestan considerables problemas con sus padres y con otros miembros de la familia. Discordias, celos, críticas, enojos, palizas, serios desacuerdos, falta de amor y comprensión así como una comunicación restringida caracterizan a estas familias. Estos adolescentes creen que no cuentan con su familia cuando tienen dificultades, debido a esto, les resulta eterno tener que esperar hasta que puedan estar en

condiciones de dejar su hogar. Así mismo, sienten que sus padres frecuentemente los castigan sin ninguna razón y que los tratan como niños. Informan que a sus padres les disgusta su grupo de compañeros o amigos.

Los criterios para su interpretación son:

- Las puntuaciones mayor o igual a T 65 se consideran puntuaciones elevadas.
- Las puntuaciones de T 60 a 64 se consideran elevaciones moderadas
- Las puntuaciones promedio menor a T 55 se consideran bajas.

4.10 Procedimiento

- ❖ El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en una secundaria de la Ciudad de México (con el consentimiento de las autoridades de la misma) donde se tuvo una reunión con la directora y subdirectora del plantel escolar para solicitar grupos con el rango de edad (11 a 14 años) durante la reunión se mencionaron los objetivos de la investigación y se les habló un poco sobre los instrumentos que se aplicaron.
- ❖ Las aplicaciones se llevaron a cabo de forma colectiva, en grupos de primer grado y segundo grado de secundaria; con el asentimiento de los alumnos.
- ❖ Se trabajó en primer lugar con dos grupos de primero. Se inició con el rapport, presentándonos las dos psicólogas encargadas de las aplicaciones, se les dio una breve explicación acerca de los instrumentos y sobre la investigación.
- ❖ Posteriormente se llevaron las aplicaciones a dos grupos de segundo grado, iniciando con la misma dinámica. Rapport, presentación, breve explicación.
- ❖ Las aplicaciones se llevaron a cabo durante horas libres (cuando aún no tenían un profesor asignado para la materia) a inicio de ciclo escolar 2015 – 2016. Dos días a la semana entre una y dos horas. Con el asentimiento de los alumnos, de los cuatro grupos.
- ❖ Los instrumentos que se aplicaron para la presente investigación fueron la escala de afrontamiento EA-A, sociodemográfico e IRIS y por último el MMPI-A.

4.11 Análisis de Datos

- ❖ Se calificaron los instrumentos y se llevó a cabo la captura de los datos obtenidos.
- ❖ Se llevaron a cabo estadísticas descriptivas, en donde se obtuvieron las frecuencias y porcentajes de algunos datos sociodemográficos para conocer el contexto de la muestra de adolescentes tempranos, donde se llevó a cabo la presente investigación.
- ❖ Se identificaron a los alumnos que presentaron riesgo suicida y los que no, de acuerdo al Inventario IRIS. Se llevó a cabo un análisis descriptivo en el que se calcularon, medias, desviaciones estándar y frecuencias de las estrategias de afrontamiento y los problemas familiares.
- ❖ Se llevaron a cabo análisis por medio de la prueba t de student para identificar las diferencias que mostraron los adolescentes tempranos en las estrategias de afrontamiento así como en la escala de contenido de Problemas Familiares del MMPI-A. De igual forma se obtuvieron las medias y desviaciones estándar de cada uno de los factores de ambos grupos (con riesgo y sin riesgo), esto con el propósito de observar las diferencias y el nivel de significancia.
- ❖ Posteriormente se realizó un análisis paramétrico por medio de correlaciones de Pearson; los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS (Statistics Package of Social Sciences) versión 20. Donde se correlacionaron las subescalas e índice de riesgo suicida y las estrategias de afrontamiento; así como las subescalas e índice de Riesgo Suicida y la escala de problemas familiares (del MMPI-A).

CAPÍTULO V

RESULTADOS

La presente investigación tuvo como objetivo general analizar la relación entre el Riesgo suicida y las estrategias de afrontamiento en un grupo de adolescentes entre los 12 a 14 años de edad.

A continuación se muestran los resultados obtenidos en una muestra de 102 adolescentes que cursaban el 1º y 2º de secundaria, describiendo sus características sociodemográficas.

Se presentan en primer lugar las frecuencias y porcentajes de algunos datos sociodemográficos, describiendo el contexto del adolescente. Se obtuvo la prueba t de student para calcular las diferencias entre las estrategias de afrontamiento entre los adolescentes con riesgo suicida y los que no tenían riesgo suicida. Posteriormente se describe la relación entre las estrategias de afrontamiento y el riesgo suicida, y la relación entre el riesgo suicida y los problemas familiares. Estas correlaciones fueron calculadas, por medio de la prueba de correlación de Pearson.

5.1 Características demográficas de la muestra

La muestra inicial estuvo integrada por 126 participantes, a los cuales se les aplicaron tres instrumentos incluido el sociodemográfico, en días y horarios acordados con los directivos del plantel educativo. Se calificaron e integraron los perfiles de las pruebas, excluyendo a 5 participantes por presentar un patrón de respuestas incongruentes o haber dejado sin contestar las pruebas. Se excluyeron también a 9 participantes según los criterios del MMPI-A y finalmente se excluyeron por edad (menores de 11 años) a 10 participantes. La muestra final quedó conformada por 102 participantes, de los cuales 43.13% fueron mujeres y el 56.86% hombres, de 12 a 14 años de edad ($M= 12.71$, $D.E.=.683$) de primero y segundo grado de secundaria.

El 24.9 % 8 (n= 30) de los adolescentes presentaron patología y el 70.6% (n=72) no presentó patología, de acuerdo al MMPI-A.

La mayoría de los participantes de la muestra, en el momento de la aplicación tenía 13 años de edad (52%) seguido de 12 años (38%) correspondientes a la adolescencia temprana (M= 12.71, D.E.=.683). Los cuales presentaron algún tipo de patología (n= 30) , con 60% de los casos con 13 años de edad (ver Tabla 3).

Tabla 3

Distribución de la muestra por edad y patología

Edad	Adolescentes		Patología		Total
	N	Si	No	%	
12	39	8	31	38	
13	53	18	35	52	
14	10	3	6	10	
Total	102	30	72	100	

En su mayoría los adolescentes reportaron tener una configuración familiar de *tipo nuclear* (43%) y tener *un hermano/a* (47%) seguido de una familia uniparental con (18.6%) de la muestra para ambos sexos, 12 de estos casos reportó vivir con *el padre* y 7 con la *madre*. Lo anterior en proporciones similares para hombres y mujeres.

En cuanto a la configuración de *familia extensa* las mujeres reportaron el 15.5% y los hombres el 6.8%, se observa que las adolescentes son las que más pertenecen a este tipo de configuración familiar, seguido de la *familia reconstruida* con el 5.9%, siendo nuevamente las mujeres quienes reportan mayor proporción con el 8.6% de los casos. Y sólo 3 casos reportaron vivir *solamente con abuelos y/o tíos* 2.9% (ver Tabla 4).

Tabla 4

Distribución de la muestra según la Configuración familiar

Personas con las que viven los adolescentes	SEXO					
	Hombres		Mujeres		Total	%
	N= 44		N=58			
	N	%	n	%		
Familia nuclear (ambos padres, con o sin hermanos)	20	45.5	24	41.4	44	43.1
Familia uniparental	8	18	11	19	19	18.6
Madre	3	6.8	4	6.9	7	6.9
Padre	5	11.4	7	12.1	12	11.8
Familia extensa (ambos padres, con abuelos y/ o tíos)	3	6.8	9	15.5	12	11.8
Familia reconstruida	1	2.3	5	8.6	6	5.9
medios hermanos o hermanastros	0	0	2	3.4	2	2
Solamente con abuelos y/o tíos	2	4.5	1	1.7	3	2.9
Número de hermanos						
no tengo hermanos	7	15.9	13	29.5	20	19.6
Uno	21	47.7	27	61.3	48	47
Dos	12	27.2	10	22.7	22	21.5
Tres	2	4.5	6	13.6	8	7.8
Cuatro	1	2.2	1	2.2	2	1.9
Cinco	0	0	0	0	0	0
seis o más	1	2.2	1	2.2	2	1.9

La mayoría de los adolescentes (36.2%) reportaron ser *el mayor de los hermanos*, seguido con un (28.4%) de la muestra reporto ser *el hermano menor* (ver Tabla 5).

Tabla 5

Lugar que ocupa el adolescente entre sus hermanos

	Hombres	Mujeres	Total	%
El mayor	18	19	37	36.2
El de en medio	6	5	11	10.7
El menor	13	16	29	28.4
Hijo único	6	14	20	19.6
Gemelo	0	2	2	1.9
De los mayores	0	1	1	.98
De los menores	1	0	1	.98

En cuanto a las características de los padres, los adolescentes reportaron que el rango de edad del padre fue entre los *41 años y los 50 años* con el 37.2 % de los casos, mientras que la edad de la madre se presentó entre los *30 y 40 años* con el 49%. Mientras que el *estado civil casado* se presentó en mayor porcentaje para ambos casos padre y madre con un 50.9% para el padre y un 48% para la madre (ver Tablas 6 y 7).

Tabla 6

Distribución de edad y sexo de los padres de los adolescentes

Edad de los padres	Padre		Madre	
	n	%	n	%
No sé	15	14.7	9	8.8
Menos de 30	2	1.9	8	7.8
Entre 30 y 40 años	33	32.3	50	49
Entre 41 y 50 años	38	37.2	30	29.4
Entre 51 y 60 años	11	10.7	4	3.9
Mayor de 61	0	0	0	0
Ya falleció	3	2.9	1	.98
TOTAL	102	100	102	100

Tabla 7

Estado Civil de los padres

Estado Civil	Padre		Madre	
	n	%	n	%
Casado	52	50.9	49	48
Divorciado (a) /Soltero (a)	9	8.8	22	21.5
Viudo (a)	3	2.9	2	1.9
Separado (a)	6	5.8	7	6.8
Unión libre	16	15.6	18	17.6
Se volvió a casar	2	1.9	0	0
No sé / no lo (a) conocí	14	13.7	4	3.9
TOTAL	102	100	102	100

En el caso del nivel de estudios, los adolescentes mencionaron que la mayoría de los padres estudiaron hasta la *preparatoria / bachillerato* con un 26.4% para los padres y un 36.2% para las madres (ver Tabla 8).

Tabla 8

Nivel de estudios de los padres de los adolescentes

Nivel de Estudios	Padre		Madre	
	n	%	n	%
No estudió	1	.98	0	0
Primaria	4	3.9	2	1.9
Secundaria/ escuela técnica	17	16.6	22	21.5
Preparatoria, bachillerato	27	26.4	37	36.2
Licenciatura	22	21.5	19	18.6
Posgrado (especialidad, maestría, doctorado)	11	10.7	15	14.7
No sé/ No lo conocí	20	19.6	7	6.8
TOTAL	102	100	102	100

Mientras tanto, en la Tabla 9 y Tabla 10 con respecto a la ocupación de los padres del adolescente, se observa que la ocupación principal del Padre es *Empleado* con el 36.2% de la muestra, y para la Madre con el 28.4% Empleada/ Obrera.

Tabla 9

Ocupación de los padres de los adolescentes

Ocupación	Padre	
	n	%
Obrero (a) / campesino (a)	3	2.9
Empleado (a)	37	36.2
Profesionista	19	18.6
Empresa o negocio propio	22	21.5
Trabajador (a) eventual	5	4.9
Desempleado (a)	2	1.9
No sé / No lo (a) conocí	14	13.7
TOTAL	102	100

Tabla 10

Ocupación de las madres de los adolescentes

Ocupación	Madre	
	n	%
Empleada/obrero	29	28.4
Profesionista	20	19.6
Empresa o negocio propio	19	18.6
Ama de casa	20	19.6
Trabajadora domestica	1	0.98
Desempleada	5	4.9
No sé / No la conocí	8	7.8
TOTAL	102	100

El principal sostén económico familiar de los adolescentes, son *ambos padres*, según los adolescentes 19.6% y las adolescentes 23.5% respectivamente (ver Tabla 11).

Tabla 11

Principal sostén económico familiar de los adolescentes

Familiar	Hombres		Mujeres		Total
	n	%	n	%	n
Mi papá	9	8.8	16	15.6	25
Mi mamá	11	10.7	16	15.6	27
Ambos (padre y madre)	20	19.6	24	23.5	44
Un hermano (a)	1	.98	0	0	1
Uno de mis abuelos / Tíos (a)	1	.98	2	1.9	3
Padrastro / madrastra	1	.98	0	0	1
Me mantengo solo	1	.98	0	0	1

Con respecto a las actividades extraescolares en las que los adolescentes, tanto hombres como mujeres (N= 102); participan con mayor frecuencia en actividades *deportivas* 54.9% y el 21.5% de los casos menciono *no participar en actividades extra escolares*, en su mayoría mujeres con el 72.7% (ver Tabla 12).

Tabla 12

Actividades en las que participan los adolescentes con mayor frecuencia

Tipo de actividades	Hombres	Mujeres	Total
	n	n	n
Deportivas	30	26	56
Sociales o recreativas	3	2	5
Musicales	3	4	7
Culturales	1	5	6
Religiosas	1	0	1
Académicas (curso de inglés, regularización, entre otras)	0	5	5
No participo en actividades extra escolares	6	16	22

Según lo reportado por los adolescentes, su *promedio escolar* fue de 9 con el 39.2% de los casos, seguido de 8 con el 31.3% de los casos. En su mayoría reportado por las mujeres adolescentes (ver Tabla 13).

Tabla 13

Promedio escolar de los adolescentes

Promedio de su último periodo escolar	Hombres	Mujeres	Total
	n	n	n
10	4	4	8
9	18	22	40
8	10	22	32
7	10	8	18
6	1	1	2
5 o menos	1	1	2
Estoy repitiendo año/ semestre	0	0	0

Con respecto a lo que los adolescentes esperan de sus estudios, estos mencionaron en su mayoría tanto hombres como mujeres (n= 43) 42.1%, *Terminar una carrera en la universidad*, el 16.6% de los hombres y el 25.4% de las mujeres. Seguido de *Terminar un posgrado*, con (n=29) 28. % de los casos, 18% mujeres y el 9.8% de los hombres (ver Tabla 14).

Tabla 14

Lo que los adolescentes esperan de sus estudios

En tus estudios , tú esperas:	Hombres		Mujeres		Total
	n	%	n	%	n
Si estás en la secundaria , terminarla y continuar hasta la prepa o bachillerato	6	5.8	10	9.8	16
Terminar el nivel donde estas ahora (secundaria)y dejar de estudiar	2	1.9	0	0	2
Terminar una carrera técnica	6	5.8	0	0	6
Terminar una carrera en la universidad	17	16.6	26	25.4	43

Terminar un posgrado (maestría, doctorado, especialidad médica)	10	9.8	19	18.6	29
Dejar la escuela y ponerte a trabajar	1	0.98	1	0.98	2
Terminar el nivel donde estas ahora (secundaria) o dejar de estudiar para después emigrar a otro país (como Estados Unidos, por ejemplo)	1	0.98	1	0.98	2

Según lo reportado por los adolescentes; sus padres esperan que: *Terminen una carrera en la universidad* (n= 40) 39.2% de los cuales el 14.7 % son hombres y el 24.5% son mujeres, seguido de *Terminar un posgrado* con el (n= 33) 32.3% de los casos, de los cuales 13.7% son hombres y el 18.6% son mujeres (ver Tabla 15).

Tabla 15

Lo que los padres o tutores de los adolescentes esperan de ellos, con respecto a sus estudios

En tus estudios, tus padres o tutores esperan que	Hombres		Mujeres		Total
	N	%	n	%	n
Si estas en la secundaria, la termines y continúes hasta la prepa o bachillerato	9	8.8	13	12.7	22
Termines el nivel donde estas ahora (secundaria) y dejes de estudiar	3	2.9	0	0	3
Termines una carrera técnica	3	2.9	0	0	3
Termines una carrera en la universidad	15	14.7	25	24.5	40
Termines un posgrado (maestría, doctorado, especialidad médica)	14	13.7	19	18.6	33
Dejes la escuela y te pongas a trabajar	0	0	0	0	0
Termines el nivel donde estas ahora (secundaria) o dejes de estudiar para después emigrar a otro país (como Estados Unidos, por ejemplo)	0	0	1	.98	1

5.2 Distribución de la muestra con riesgo suicida y sin riesgo suicida

En la Tabla 16 se observa la distribución de la muestra (N= 102); sin riesgo 64 (62.7%) casos y con riesgo se presentaron 38 (37.3%) casos.

Según el Índice de riesgo suicida se presentaron 8 casos con riesgo alto de los cuales el 87% son mujeres y 12% hombres; 25 con riesgo por intento el 72% mujeres y el 28% hombres; 5 casos con riesgo por ideación 80% presentado por las mujeres y el 20% por hombres y 27 casos con riesgo bajo de los cuales 66.7% son hombres y el 33.3% mujeres.

Tabla 16

Distribución de la muestra con riesgo y sin riesgo suicida por sexo

Riesgo suicida	n	%	Sexo				Total
			Hombres		Mujeres		
			n	%	n	%	
Con riesgo	38	37.3	9	20.4	29	50	38
Sin riesgo	64	62.7	35	79.5	29	50	64
Total	102	100	44	100	58	100	102

En la Tabla 17 se muestra las diferencias según el uso de estrategias de afrontamiento. Se encontraron diferencias significativas ($p \leq a 0.05$) en Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones; así como en Búsqueda de apoyo con la familia e Impotencia y conducta autolesiva ($p \leq a 0.001$).

Todas las diferencias están en la dirección esperada, que indica que en general el grupo con riesgo suicida emplea mayormente las estrategias de afrontamiento disfuncionales, y que el grupo sin riesgo emplea mayormente las estrategias de afrontamiento funcionales (ver Tabla 17).

Tabla 17

Diferencias de grupo según el uso de las estrategias de afrontamiento

Estrategias de Afrontamiento	Grupo sin riesgo		Grupo con riesgo		t
	M	DE	M	DE	
Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones	49.73	11.73	45.54	9.191	2.006*
Respuestas fisiológicas	51.7	9.428	52.54	10.13	.422
Rumiación e impulsividad	54.4	9.916	58.34	11.97	1.794
Evitativo pasivo	55.25	11.86	55.52	10.17	.118
Búsqueda de apoyo con la familia	50.38	10.45	46.2	7.132	2.398**
Distracción y búsqueda de apoyo con el grupo de pares	51.48	10.745	49.94	10.98	.691
Impotencia y conducta autolesiva	51.16	11.43	63.17	13.54	4.785**
Religión	50.56	9.996	50.20	10.57	.174

Nota: **p ≤ a 0.001

*p ≤ a 0.05

Con respecto a la relación entre la escala de contenido Problemas Familiares (FAM-A) del MMPI-A, en los grupos con y sin riesgo suicida, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (ver Tabla 18).

En los análisis obtenidos del MMPI-A, se observó que en el **grupo con riesgo** (n= 38) se presentaron 2 casos con puntuaciones T elevadas en el MMPI-A, 4 casos con puntuaciones T moderadas, 9 promedio y 23 casos con puntuaciones T bajas. En el **grupo sin riesgo** (n= 64) se presentaron 5 casos con puntuaciones T elevadas, 3 casos con puntuaciones T moderadas, 11 con puntuaciones promedio y 45 casos con puntuaciones bajas.

Tabla 18

Distribución de los grupos según la escala de problemas familiares del MMPI-A

Escala de contenido MMPI-A	Grupo sin riesgo		Grupo con riesgo		t
	M	DE	M	DE	
PROBLEMAS FAMILIARES	51.13	9.004	52.37	8.329	.693

Por otro lado, entre las subescalas del IRIS-A y la escala de contenido del MMPI-A (problemas familiares) no se encontraron correlaciones significativas en ninguno de los grupos (ver Tabla 19).

Tabla 19

Correlación entre las escalas del IRIS-A y la escala de contenido del MMPI-A problemas familiares

Subescalas e índice del inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes IRIS-A				
Escala del MMPI-A Problemas familiares	1 Ideación e intencionalidad suicidas	2. Depresión y desesperanza	3. Ausencia de circunstancias protectoras	4. Índice de dificultades asociadas al riesgo suicida
Grupo sin riesgo suicida	.132	.116	.058	.010
Grupo con riesgo suicida	.138	.138	.098	.201

En la Tabla 20 se observan correlaciones negativas entre las estrategias de afrontamiento como; Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones, Búsqueda de apoyo con la familia, Distracción y búsqueda de apoyo con el grupo de pares y Religión. Lo que demuestra que entre más se empleen estas estrategias de afrontamiento, disminuirá el riesgo suicida, en esta muestra de adolescentes.

De igual manera se observó una correlación positiva para las siguientes estrategias de afrontamiento: Respuestas fisiológicas, Rumiación e impulsividad, Evitativo pasivo, Impotencia y conducta autolesiva, lo que demuestra que cuando estas estrategias de afrontamiento son más utilizadas por los adolescentes, el riesgo suicida aumenta (ver Tabla 20).

En general el análisis de correlación arrojó relaciones significativas entre las estrategias de afrontamiento y el IRIS-A, lo que permite aceptar la hipótesis de trabajo.

Tabla 20

Correlación entre los factores de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes y las subescalas del IRIS-A

Subescalas e índice del inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes IRIS-A				
Estrategias de Afrontamiento EA-A	1. Ideación e intencionalidad suicidas	2. Depresión y desesperanza	3. Ausencia de circunstancias protectoras	4. Índice de dificultades asociadas al riesgo suicida
Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones	-.254*	-.290**	-.504**	-.236*
Respuestas fisiológicas	.099	.171	.086	.149
Rumiación e impulsividad	.401**	.431**	.324**	.392**
Evitativo pasivo	.123	.173	.207*	.154
Búsqueda de apoyo con la familia	-.314**	-.315**	-.526**	-.318**
Distracción y búsqueda de apoyo con el grupo de pares	-.124	-.115	-.266**	-.144
Impotencia y conducta autolesiva	.430**	.382**	.361**	.423**
Religión	-.217*	-.118	-.014	-.209*

Nota: ** $p \leq 0.001$

* $p \leq 0.05$

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

Este trabajo tuvo como objetivo principal, analizar la relación entre el Riesgo suicida y las Estrategias de afrontamiento en la adolescencia temprana. El grupo de adolescentes de este estudio estuvo formado por 102 participantes de los cuales 44 fueron hombres y 58 mujeres, con edades entre los 12 y 14 años ($M= 12.71$, $D.E.=.683$). La edad en la que hubo más participantes fue de 13 años con el 52%, seguido de 12 años con el 38%, correspondiente a la adolescencia temprana.

Se describen en primer lugar algunas características sociodemográficas de los adolescentes y sus familias, de acuerdo con los datos proporcionados por los propios adolescentes, que permiten contextualizar a la muestra.

Con respecto a la configuración familiar del adolescente, se observó que el 43% de ellos tienen una *familia nuclear* y el 47% solo cuentan con *un hermano*; el 36.2% reporto ser el *hermano mayor* y el 28.4% ser el *hermano menor*

En cuanto a las características de los padres los adolescentes reportaron que la edad de los padres fue *entre los 41 y 50 años* y la edad de la madre entre los *30 y 40 años*, se observó que en general los padres de estos adolescentes eran jóvenes. El nivel de estudios de los padres es el *bachillerato / preparatoria* con el 26% para los padres y el 36.2% para la madre.

El estado civil de ambos padres era *Casado*, con un 50% para el padre y un 48% para la madre, cabe mencionar que no se especifica si el adolescente se refirió a los padres biológicos y de una situación conjunta o de cada padre por separado (familia compuesta).

La ocupación del Padre de los adolescentes, fue principalmente *Empleado* con el 36.2% de la muestra e igualmente de la Madre con el 28.4%. Por lo que según datos de la Secretaria de Economía (2016) se está hablando de una población de clase Media Baja, conformada por el 20% de la población nacional. Según el 43.1% de los adolescentes reportaron que *ambos padres* eran el principal sostén económico familiar.

Al respecto Valadez (2010) menciona que los diversos cambios y mayores grados de autonomía y de libertad que han llevado el desarrollo de la cultura moderna han implicado una crisis de la institución familiar tradicional, lo que ha favorecido la emergencia de nuevas formas de vivir en familia, de tal suerte que la institución familiar ha experimentado cambios en su estructura; tales como la reducción de su tamaño, aumento de los divorcios y la inestabilidad conyugal.

Por otro lado, con respecto a lo que *los padres esperan de los estudios de los adolescentes*, el 39.2% de los adolescentes mencionaron *terminar una carrera en la universidad*. Seguido de *terminar un posgrado* con el 32.3% de los adolescentes; en su mayoría mencionado por las mujeres adolescentes con el 24.5% y el 18.6% respectivamente.

En cuanto a lo que *los adolescentes esperan de sus estudios*, mencionaron: *terminar una carrera en la universidad* con el 42.1%, seguido de *terminar un posgrado* con el 28% de los adolescentes. Se observó, según los datos proporcionados por los adolescentes tempranos, que hay similitud, en cuanto a lo que los padres y ellos esperaban sobre sus estudios.

Según lo reportado por los adolescentes de ambos sexos, las actividades en las que participan mayormente son las deportivas, mencionado por el 54.9%, de la muestra. Se observó que las actividades deportivas son las más practicadas por los adolescentes, siendo estas actividades socialmente más valoradas y gratificadas, por lo que posiblemente sea una percepción del mismo adolescente, como una actividad más adaptativa en su grupo de pares.

En relación con los resultados encontrados del análisis del IRIS-A para identificar a los adolescentes con riesgo y sin riesgo, podemos decir lo siguiente:

Los datos sobre el riesgo suicida mostraron que el 37.3 % de los adolescentes de la muestra presentó riesgo suicida y el 62.7% no presentó riesgo suicida. Del grupo con riesgo (N=38) el 76% eran mujeres y el 23.6% hombres. Según el Índice de riesgo suicida de los adolescentes de la muestra; los casos de riesgo alto, riesgo por intento y

riesgo por ideación se presentaron en su mayoría por las mujeres adolescentes y los casos con riesgo bajo se presentaron en su mayoría en los hombres.

Lo que resulta congruente con estadísticas y estudios sobre la conducta suicida en nuestro país; donde en promedio 3 mujeres intentan suicidarse por cada varón que lo intenta (González, 2001). Sin embargo, son los hombres quienes consuman el suicidio en mayor proporción que las mujeres. Según datos del INEGI (2016) de los suicidios ocurridos y registrados en 2014, 80.2% fueron consumados por hombres y 19.8% por mujeres; lo que significa que ocurren cuatro casos en hombres por cada uno en mujer.

En cuanto al análisis entre las variables riesgo suicida y estrategias de afrontamiento de la muestra de adolescentes, se observaron relaciones positivas significativas entre las estrategias de afrontamiento: Impotencia y conducta autolesiva; Rumiación e impulsividad con las tres subescalas (1. Ideación e intencionalidad suicidas, 2. Depresión y desesperanza, 3. Ausencia de circunstancias protectoras) e índice de dificultades asociadas al riesgo suicida. Según los datos, estas estrategias disfuncionales son las de mayor uso por parte de los adolescentes de la muestra.

Mientras que en la estrategia Evitativo pasivo, se observó una relación positiva significativa, con la subescala 3. Ausencia de circunstancias protectoras y finalmente en la estrategia Respuestas fisiológicas se observó una relación positiva con las subescalas e Índice de riesgo suicida.

En función a lo anterior se observa que cuando los adolescentes de la muestra utilizan estrategias de afrontamiento categorizadas como disfuncionales entre ellas: Rumiación e impulsividad, Impotencia y conducta autolesiva, Evitativo pasivo y Respuestas fisiológicas el índice de riesgo suicida aumenta. Lo anterior, concuerda con la teoría, donde se establece una relación entre las Estrategias de afrontamiento disfuncionales como la evitación, la rumiación y la activación fisiológica, con problemas como el suicidio (Lucio & Hernández, 2009). De igual manera en otros estudios, se ha demostrado que existe evidencia de que el afrontamiento evitativo, disfuncional, o no comprometido suele asociarse con rasgos depresivos (Seiffge-Krenke, 2000) con

reactividad al estrés (Connor-Smith & Compas, 2004) así como con conducta autolesiva (Castro, Planellas, & Kirchner, 2014).

Siguiendo con el análisis de la muestra de adolescentes, se observó en cuanto a las estrategias de afrontamiento funcionales como: Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones, Búsqueda de apoyo con la familia; una relación significativa de forma negativa con las tres subescalas e índice de riesgo suicida. Mientras que la estrategia Distracción y búsqueda de apoyo con el grupo de pares, fue significativa de forma negativa con la subescala 3. Ausencia de circunstancias protectoras. La Estrategia Religión a su vez fue significativa en las subescalas 1. Ideación e intencionalidad suicidas y subescala 4. Índice de dificultades asociadas al riesgo suicida.

Con respecto a lo anterior se observa que los adolescentes buscan el apoyo en su grupo de pares y que este apoyo, en esta etapa del desarrollo les resulta importante, pues entre ellos se identifican, ya que en esta etapa como lo menciona Knobel (1988) se alejan de las figuras paternas y comienzan a identificarse con su grupo de pares, en lo que llama identificaciones masivas. Por otro lado, en algunos estudios se observa que el uso de ciertas estrategias de afrontamiento dependen también de características del estresor y del contexto (Elgar, Arlett & Groves, 2003; Plunkett, Radmacher, Kimberly & Moll-Phanara, 2000). Por ejemplo, la distracción y la retirada pueden tener efectos positivos o aminorar el estrés para el adolescente que se aleja o mantiene distancia de un estresor que no puede cambiar (Figueroa, Contini, Lacunza, Levín&Estevez, 2005; Frydenberg, 2008; Gelhaar et al., 2007).

La búsqueda de apoyo social, puede servir para muchos propósitos y tener diversas funciones que dependen del contexto y otras variables. Puede implicar efectos negativos, cuando un adolescente busca apoyo en pares negativos en ambientes de riesgo psicosocial (Barrera et al., 2002) o puede ser funcional; cuando el apoyo proviene de una persona significativa positiva (Rutter, 2007). Como se observa en el presente estudio donde para los adolescentes de la muestra esta estrategia fungía como factor protector en contra del Riesgo suicida, por lo que se podría considerar a su ambiente social favorable para su bienestar psicosocial.

La Religión, como se observa en el presente estudio, se presentó como un factor protector entre los adolescentes. Estudios como el de Salas-Wright, Olate y Vaugh (2013); Ano y Vasconcelles (2005) hablan sobre el papel protector de la religiosidad y los efectos en contra la delincuencia y conducta delictiva en ambientes de alto riesgo para el adolescente, puesto que se relaciona como un medio para manejar los eventos estresantes de la vida.

También Eisenberg et al. (2011) examinaron la relación entre las trayectorias de los aspectos religiosos y exteriorización de comportamiento prosocial en la adolescencia tardía, encontrando que en altos niveles de adaptación religiosa se exhibe un comportamiento más prosocial y menos conductas de externalización que los jóvenes con menos adaptación religiosa. En la misma línea, Brechting y Giancola (2007) realizaron un estudio en los Estados Unidos, con adolescentes varones blancos no hispanos con edades entre los 12 y 14 años de edad; que realizaban actividades religiosas. Encontrando de manera predictiva tasas más bajas en el consumo y abuso de drogas al llegar a los 15 ó a los 16 años.

En relación al análisis entre los grupos, con riesgo suicida y sin riesgo; y las estrategias de afrontamiento, se encontraron diferencias significativas. Se observó que en el grupo de adolescentes con riesgo suicida, emplearon más la estrategia de afrontamiento categorizada como disfuncional, Impotencia y conducta autolesiva, en comparación con el grupo sin riesgo suicida. Por otra parte las estrategias de afrontamiento que más emplean los adolescentes del grupo sin riesgo suicida, son Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones y la estrategia de Búsqueda de apoyo con la familia. Lo que resulta coherente con la hipótesis de trabajo la cual dice que: Los adolescentes con riesgo suicida, suelen utilizar estrategias de afrontamiento disfuncionales, en comparación al grupo sin riesgo suicida, que emplean más estrategias de afrontamiento funcionales.

Esto concuerda con la teoría sobre el riesgo suicida, donde se menciona que no solamente las características de la persona determinan el riesgo, sino también cuáles son los recursos internos y cómo enfrentan las situaciones problemáticas que les suceden en la vida (Lucio & Hernández, 2016).

Con base en lo anterior, algunas investigaciones sostienen que la deficiencia en estrategias de afrontamiento es un factor de riesgo importante para la conducta suicida (Yufit & Bongar, 1992).

En cuanto al análisis de correlación entre las variables Problemas familiares y Riesgo suicida, no se encontraron diferencias entre el grupo con riesgo suicida y el grupo sin riesgo suicida. Por lo tanto no se acepta la hipótesis de trabajo referente a que los adolescentes con riesgo suicida presentarán más problemas familiares en comparación con los que no tiene riesgo suicida.

En comparación con algunas investigaciones sobre el suicidio en la adolescencia, donde se mencionan los problemas familiares como uno de los principales motivos para llevar a cabo el intento suicida, tanto para hombres como para mujeres, dentro de la esfera interpersonal (González-Forteza; Villatoro; Alcántar ; Medina et al., 2002 & Valadez, 2010).

Para el análisis anterior se utilizó la escala de contenido Problemas familiares FAM-A; del MMPI-A, el cual está dirigido a la población adolescente de 14 a 18 años, por lo que la prueba quizá pudo no haber sido sensible, con respecto a los datos, puesto que la muestra a la que se le aplicó la prueba fue de 12 a 14 años de edad, ya que ambos grupos presentaron una puntuación promedio semejante.

CONCLUSIONES

Según el Programa Nacional de Juventud 2014-2018, en México viven más de 37 millones de jóvenes. Ocupando una considerable parte de la población, teniendo una participación en ámbitos sociales, educativos, políticos y económicos; por lo que las necesidades de los adolescentes han cambiado, al ritmo que ha cambiado nuestra sociedad actualmente, teniendo encima expectativas sociales y familiares que cumplir, lo que se convierten en tareas abrumadoras y estresantes en su vida cotidiana.

Adicionalmente a los diversos fenómenos y sucesos por los que atraviesan los jóvenes durante la adolescencia temprana (de 12 a 14 años) la cual se caracteriza principalmente por el inicio del alejamiento de los objetos primarios de amor (madre-padre) y la búsqueda de nuevos objetos, se establecen nuevas relaciones, el interés se centra en la genitalidad, la adopción de valores, reglas y leyes adquieren cierta independencia de la autoridad parental y el autocontrol amenaza con romperse (Blos, 1975).

Las investigaciones o estudios acerca de lo que acontece a los adolescentes, resultan relevantes para la prevención de fenómenos, como el suicidio; el cual se ha convertido en prioridad de salud pública en diferentes países desarrollados, desde hace años.

En México se han llevado a cabo diferentes estudios para conocer la prevalencia de este problema en la población adolescente, los resultados de estos estudios sugieren un aumento en la aparición de conductas suicidas como la ideación, el intento y a su vez del suicidio consumado (Borges et al, 2008; Cantoral & Betancourt, 2011; Eguiluz, Córdova & Rosales, 2010; Estrada, Velázquez & Córdova, 2013).

En el presente estudio se observaron casos con riesgo suicida, por lo que la prevalencia de este fenómeno, sigue siendo un problema de salud entre los jóvenes mexicanos. Como se sabe, el suicidio es multicausal y el estudio de este, relacionado a otras variables, implica generar nuevas formas para la prevención o la intervención de las conductas suicidas en las diferentes etapas de la adolescencia.

En el caso de este estudio sobre la adolescencia temprana, se observó un número considerable de casos con riesgo suicida y cómo es que las estrategias de afrontamiento funcionales, son como un factor protector en esta población. Como, por ejemplo, la estrategia sobre buscar el apoyo en la familia, que resultó ser importante para el adolescente a la hora de enfrentarse con situaciones estresantes. En contraste con esta necesidad de adquirir independencia de los padres, se observa que los adolescentes también utilizan otras estrategias.

No sólo el uso de ciertas estrategias de afrontamiento disfuncionales determinará el posible riesgo suicida, sino también la deficiencia de ciertas estrategias de afrontamiento funcionales que el adolescente podría emplear en situaciones estresantes o que le causen malestar, tanto físico como emocional.

Por lo que la evaluación de las estrategias de afrontamiento en los adolescentes resulta necesaria durante la intervención, pues el profesional de la salud mental, podrá favorecer el uso de las estrategias funcionales y disminuir o descartar el uso de las estrategias disfuncionales.

Por lo que respecta al presente estudio, se podría concluir que las estrategias de afrontamiento funcionales están presentes en los adolescentes con menor riesgo suicida, por lo que promover el desarrollo de estas habilidades, se convierte en una tarea fundamental en el trabajo con adolescentes.

Como se observa, en esta etapa los jóvenes tienen una alta influencia de su grupo de pares, por lo que la promoción de estrategias de afrontamiento funcionales entre los adolescentes, por medio de talleres o dinámicas grupales, creando una red de apoyo, para aquellos adolescentes que se encuentren en riesgo y fortaleciendo en otros, ciertas habilidades que los ayuden a enfrentar los sucesos que perciban como estresantes de su día a día, en cualquier contexto, puede ser una acción importante.

Por otro lado, los problemas familiares, resultan importantes al estudiar el suicidio en la adolescencia puesto que, la familia, puede ser tanto como un factor protector como un factor de riesgo.

En tanto, al presente estudio se observó la presencia de problemas familiares en la muestra estudiada; por lo que se podría decir que los problemas familiares en esta etapa de la vida, suelen ser un proceso propio del adolescente pues es entonces donde se define la personalidad, construye la independencia y se fortalece la autoafirmación.

Peter Blos (1975) menciona que la característica principal de la adolescencia temprana es el inicio del alejamiento de los objetos primarios de amor (madre-padre) y la búsqueda de nuevos objetos, se establecen nuevas relaciones. El interés se centra en la genitalidad, la adopción de valores, reglas y leyes adquieren cierta independencia de la autoridad parental.

Por lo que aunque los jóvenes mencionaron la presencia de problemas familiares; la familia sigue funcionando como un factor protector entre ellos al utilizar como estrategia de afrontamiento funcional el apoyo familiar para la resolución de conflictos. Con respecto a lo anterior, se podría decir que todas las familias enfrentan problemas y es poco probable lograr cercanía sin crisis ni conflictos según Valadez (2010).

La familia es una entidad que resulta poco estable en ocasiones, sin embargo es donde el adolescente construirá su identidad y su subjetividad.

Finalmente, resulta importante evaluar otros factores como; problemas emocionales, el contexto del adolescente, la presencia de algún trastorno psiquiátrico, la personalidad y algunos otros. Estos determinarán la forma en la que los profesionales de la salud mental, intervienen de una forma más efectiva, pues como se sabe, el suicidio es multicausal por lo que a veces hay más factores por lo que los adolescentes se suicidan, que tipos de intervención que logre extinguir este fenómeno.

LIMITACIONES

Si bien, en esta investigación se obtuvieron datos sobre las estrategias de afrontamiento y el riesgo suicida en adolescentes tempranos que se podrían considerar importantes para realizar alguna estrategia de intervención; también se presentaron algunas limitaciones, como: no haber podido contar con la participación de los padres de los adolescentes, pues la falta de recolección de datos referentes a ellos, limita el tipo de intervención a seguir en este grupo en particular; puesto que sólo se contó con la percepción del adolescente referente a algunos datos.

Por otro lado, la aplicación de los instrumentos no sensibles, esto debido al rango de edad, que presentaron los adolescentes de la muestra, ya que se utilizó el MMPI-A, el cual tiene como rango de edad de los 14 a los 18 años, y la muestra de la presente investigación fue de 12 a 14 años de edad.

Finalmente no se pudo realizar una intervención en la muestra estudiada después de la aplicación de los instrumentos, por cuestiones de tiempo y permisos dentro de la escuela.

SUGERENCIAS

Seguir investigando el suicidio en adolescentes debe ser prioritario en cuanto a temas de salud, puesto que las estadísticas sobre el suicidio van en aumento, no sólo para esta población, que resulta más vulnerable, debido a la etapa del desarrollo por la que se atraviesa.

La situación social actual en la que el adolescente se debe enfrentar no solo a su naturaleza, sino a los elementos sociales que lo rodean como las nuevas configuraciones familiares, la situación económica, la delincuencia, la falta de empleos, el poco acceso a la educación o programas que fomenten la cultura y la educación, no permiten disminuir el riesgo de suicidio en forma significativa.

Por otra parte, debe entenderse el estrés que les provoca a los jóvenes, las demandas sociales, familiares y el desequilibrio interno debido a los cambios que se sufren durante la adolescencia.

Realizar acciones de intervención, como un taller o pláticas informativas con base en los resultados de la presente investigación, en la población adolescente estudiada, con la participación de los padres de familia o tutores. Así como la aplicación de instrumentos, que sean mas sensibles a las características de la población a evaluar, ya que se observó, por ejemplo, que en la secundaria la edad en la que ingresan los adolescentes resultó menor de lo que se esperaba (de 12 años a 13 años, resultó ser de 11 años).

REFERENCIAS

- Agencia Informativa Conacyt. *Día Mundial para la Prevención del Suicidio. Sin salud mental no hay salud: Corina Benjet*. México, DF. 10 de septiembre de 2015. Recuperado de <http://www.conacytprensa.mx/>
- Aberastury, Arminda & Knobel Mauricio. (1997). *Adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Ed. Paidós Educador. México.
- Barcelata Eguiarte, B. & Lucio Gómez- Maqueo, E. (2012). *Afrontamiento adolescente y parental: implicaciones para una intervención integral*. Revista eureka. 144–157.
- Barcelata Eguiarte, B. E., Luna Martínez, Q. Y., Lucio Gómez-Maqueo, E., & Durán Patiño, C. (2016). Personalidad y afrontamiento adolescente Características de personalidad predictoras del afrontamiento en adolescentes de contextos marginados. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(1) 197-210. doi: 10.14718/ACP.2016.19.1.9
- Barón B., Olga Patricia. (2000). *Adolescencia y suicidio*. Psicología desde el Caribe. 48-69.
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología vol. 2*. España. Ed. Mac Graw-Hill.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Enrique Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., & Cruz, C. (2009). *Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México*. Salud Mental. 31,155-163.
- Bodón, M. C. & Ríos, M. A. (2016). *Suicidio: Lineamientos generales para la comprensión, detección y prevención*. Recuperado en http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/suicidio_lineamientos.pdf
- Blos, Peter. (1973). *Los comienzos de la adolescencia*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu
- Blos, Peter. (1975). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México. Ed. Amorrortu.
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M.E., Orozco, R. & Nock, M. (2008). *Suicide ideations, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey*. doi: 47(1): 41-52. <http://doi.org/fgb9h7>

- Buendía, Vidal J. (2004). *El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida*. España. Ed. Universidad de Murcia.
- Bonaldi, P. (2000). *Comportamientos suicidas en adolescentes*. México. Ed. Paidós.
- Cantoral, Cancino, D. & Betancourt, Ocampo, D. (2011). *Intento de suicidio y ambiente familiar en adolescentes de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas*. Revista de Educación y Desarrollo, 8(19) 59-66.
- Connor-Smith, J. & Compas, B. (2004). *Coping as a moderator of relation between reactivity to interpersonal stress, health status and internalizing problems*. Cognitive and Therapy Research. 28 (3), 347-368. doi: org/10.1023/b:contr.0000031806.25021.d5
- Cohen, S. & Figueroa, M. I. (2004). *Estrategias y estilos de afrontamiento del estrés en adolescentes*. Anales de Psicología. V. 20, n. 1, p. 29-52.
- Casullo, M.M. & Castro, A. (2000). *Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos*. Revista de Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú. XVIII(1),35-68.
- Casullo, M. & Fernández, Liporace, M. (2001) *Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes*. Revista del instituto de investigación. 6(11) 25-49.
- Coleman, J., & Hendry, L. (2003). *Psicología de La Adolescencia* (4ta Edición). Madrid. Ediciones Morata, SL.
- Coleman, J., & Hagell, A. (2007). *The nature of risk and resilience in Adolescence*. En Coleman, J. & Hagell, A. (Eds.) *Adolescence, risk and resilience: Against the odds* (Vol. 3). John Wiley & Sons.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A.H. & Wadsworth, M. E. (2001). *Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research*. Psychological Bulletin, 127, 87-127.
- Compas, B.E., Orosan, P.G. & Grant, K. E. (1993). *Adolescent stress and coping: Implications for psychopathology during adolescence*. Journal of Adolescence, 16, 331-349.
- Dobbs, David. (2011). *Cerebro adolescente*. Revista impresa National Geographic España. Vol. 29, número 4.

- Durkheim, E. (1995). *El suicidio*. Madrid. Akal.
- Eguiluz, L., Córdova, M. & Rosales, J. (2010). *Ante el suicidio. Su comprensión y tratamiento*. México. Ed. PAX.
- Eisenberg, N., Catellani, V., Panerai, L., Eggum, N.D., Cohen, A.B., Pastorelli, C. & Caprara, G.V. (2011). *Trajectories of religious coping from adolescence into early adulthood: Their form and relations to externalizing problems and prosocial behavior*. *Journal of Personality*. 79(4):841–873 doi:10.1111/j.1467-6494.2011.00703.x
- Estrada, A. G., Velázquez, M. & Córdova, A. J. (2013). *Detección de riesgo suicida en una muestra de adolescentes estudiantes de escuelas secundarias*. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. p 7-21.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping. Theoretical and research perspectives*. Londres. Ed. Routledge.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1997) *ACS, Escalas e afrontamiento para adolescentes: manual* (Adaptación española de J. Pereña y N. Seisdedos). España. Ed. TEA.
- Frydenberg, E & Lewis, R. (2000) *Escalas de afrontamiento para adolescentes*. España. TEA.
- Frydenberg, E., Deans, J., & O'Brien, K. (2012). *Developing everyday coping skills in the early years: Proactive strategies for supporting social and emotional development*. London. Continuum International Publishing Group.
- Gaeta, M. L. & Martín, H. P. (2009). Estrés y adolescencia: Estrategias de afrontamiento y autorregulación en el contexto escolar. *Revista de Humanidades*. 15, p 327-344.
- Gelhaar, T., Seiffge-Krenke, I., Borge, A., Cicognani, E., Cunha, M., Loncaric, D., Macek, P., Steinhausen, H. & Winkler, C. (2007). *Adolescent coping with everyday stressors: A seven nation-study with youth from Central, Eastern, Southern and Northern Europe*. *European Journal of Developmental Psychology*. 4, 129 - 156 doi: /10.1080/17405620600831564

- González, C., Berenzon, S., Tello, A. M., Facio, D. & Medina, M. E. (1998) *Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes*. Salud Pública México, 40(5):430-437. Recuperado <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n5/Y0400507.pdf>
- González, C., Ramos, L., Mariño, M. C. & Pérez, E. (2002). *Vidas en riesgo: conducta suicida en adolescentes mexicanos*. Acta Psiq Psic Am Lat, 48(1-4) 74-84.
- González, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina, M.E., Bleiz, C., Bermúdez, P., et al. (2002). *Prevalencia e intento de suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000*. Salud Mental, 25(6), 1-12.
- González, Núñez, J. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. Ed. Manual Moderno.
- González, J. & Nahoul, V. (2007). *Momentos vulnerables de la Adolescencia*. En: Alétheia. Núm. 26. Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social.
- Groholt B., Ekeberg O., Wichstrom L., Haldorsen T. (2005) *Suicidal and nonsuicidal adolescents; different factors contribute to self-esteem*. Suicide Life Threat Behav; 35(5): 525-35.
- Hawton, K., Casañas, I., Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013) *Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review*. Journal of Affective Disorders 147 17-28
- Hernández, Q. (2009) *Suicidio adolescente y la Internet*. JÓVENES Revista de Estudios sobre Juventud; 32:108-121.
- Hernández, C. Q. & Lucio, M. E. (2006) *Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos*. Revista Mexicana de Psicología en línea. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020646006>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2011). *Estadísticas a propósito del día Internacional de la prevención del suicidio. Datos nacionales*. México. INEGI.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. España. Ediciones Martínez Roca.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Ediciones Roca.

- Lazarus, R. & Folkman, S. (1993). *Coping theory and research: past, present and future*. Psychosomatic Medicine, 55, 234-247.
- López, G., Hinojal, F. & Bobes, G. (1993). *El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos*. Revista de derecho penal y criminología, 3.
- Lucio, E., Barcelata, B. & Durán, C. (2010). *Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA)*. México. Manual Moderno.
- Lucio, E., Durán, C., & Heredia, C. (2014). *Escala Infantil de Estrés (EIE)*.
- Lucio, E., Durán, C., Heredia, C., & Villarruel, B. (2014). *Escala de Afrontamiento para Adolescentes (EA-A)*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lucio, E. & Heredia, C. (2013) *Psicopatología : Riesgo y tratamiento de los problemas infantiles*. México. Ed. Manual Moderno .
- Lucio, E. & Hernández, Q.(2016). *El estudio de la personalidad en el tratamiento y prevención del suicidio en la población adolescente* en Prevención de la conducta suicida. Washington, DC : OPS.
- Mancilla, Izquierdo, F. (2010). *Suicidio y Prevención*. Inter Salud. Recuperado http://www.psiquiatria.com/wpcontent/uploads/2013/08/archivo_doc12101.pdf
- Melgoza, M.E. (2002). *Adolescencia : espejo de la sociedad actual*. México. Ed. Lumen.
- Mingote, J., Jiménez, M., Osorio, R. & Palomo, T. (2004). *Suicidio: asistencia clínica. Guía práctica de psiquiatría médica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Morales, F. & Trianes, M. V. (2010) *Estrategias de afrontamiento e inadaptación en niños y adolescentes*. European Journal of Education and Psychology. recuperado <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=129315468010>
- Morales, F., Trianes, M. & Miranda, J. (2012). *Diferencias por sexo y edad en el afrotamiento infantil del estrés cotidiano*. Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 10 (1) 95–110. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2931/293123551006.pdf>
- Nahoul, V. & González, J. J. (2014) *Técnica de la entrevista con adolescentes. Integrando modelos psicológicos*. Argentina 1a ed. Brujas.
- Nicolson, D. & Ayers, H. (2002). *Problemas de la adolescencia. Guía práctica para el*

- profesorado y la familia*. Ed. Narcea, S.A. Madrid.
- Nock, M. (2008) *Factores de riesgo de suicidio similares en todo el mundo*. British Journal of Psychiatry. Recuperado en: <http://bjp.rcpsych.org/>
- OMS (2009). SUPRE. Disponible en: <http://www.who.int/topics/suicide/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Marco de Referencia para la implantación de la Estrategia Regional de Salud Mental. Washington (DC): 2011, p.142-37.
- Palacios, J., Sánchez, B. & Andrade, P. (2010) *Intento de suicidio y búsqueda de sensaciones en adolescentes*. Revista Intercontinental de Psicología y educación, Vol. 12, Núm. 1, pp. 53-75.
- Papalia, D. E. (2001) *Desarrollo humano*. México. McGraw Interamericana.
- Pascual, P., Villena, A., Morena, S., Téllez, J. M. & López, C. (2005). *El paciente suicida*. Guías clínicas, 5, 38, 1-3.
- Pérez, Barrero S. A. (1996). *Factores de riesgo suicida en la adolescencia*. Revista Psiquiátrica del Uruguay, Año LX. N 11 (4):318-25.
- Pérez, Barrero S. A. (2001). *Psicoterapia para aprender a vivir*. Cuba Editorial Oriente.
- Pérez, Barrero, S.A. (2002). *La adolescencia y el comportamiento suicida*. Cuba. Ediciones Bayano.
- Pérez, Barrero S. A. (S/F) *¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes? Prevención del suicidio*. Psicología Online. Recuperado <http://www.psicologiaonline.com/ebooks/suicidio/>.
- Pérez, Barrero, S.A. (2005). *Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos*. Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXIV, núm. 3, pp. 386-394.
- Pérez, Barrero, S.A. & Mosquera, D. (2002). *El suicidio, prevención y manejo*. Madrid. Pléyades.
- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida. Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. México. Ed. Pax.
- Quintanilla, R., Valadez, I., Valencia, S., González, J. M. (2005) *Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida*. medigraphic artemisa en línea. Vol. VII. (2) p. 112-116.

- Quintanilla Montoya, R., Valadez Figueroa, I., Vega Miranda J.C., & Flores Ramírez, L. E. (2006). *Personalidad y estrategias de afrontamiento en sujetos con tentativa suicida*. *Psicología y salud*, 16, 139-147.
- Richaud de Minzi, M. C. (2006). *Evaluación del afrontamiento en niños de 8 a 12 años*. *Revista Mexicana de Psicología en línea*. Recuperado <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020649005>
- Rivera, M. E. (2010) *Psicología y comunicación visual. Estrategias para la prevención del suicidio en adolescentes*. México.Ed. Trillas.
- Sandín, B. (2003). *El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 141-157.
- Salas-Wright, C.P., Olate, R. & Vaughn, M. G. (2013). *Los efectos protectores de los aspectos religiosos y la espiritualidad sobre la delincuencia: Resultados de entre los de alto riesgo y los jóvenes salvadoreños involucrados en pandillas*. *La justicia criminal y la conducta*, 40 (9) 988 a 1.008.
- Salotti, P. (2006). *Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires*. Tesis para optar el Grado de Lic. en Psicología. Argentina . Universidad de Belgrano.
- Schwartz, R. & Rogers, J. (2004) *Suicide assessment and evaluation strategies: a primer for counselling psychologists*. USA. *Counselling Psychology Quarterly*, Vol. 17, No. 1, 2004, pp. 89–97.
- Seiffge-Krenke, I. (1993). *Coping behavior of Finnish adolescents: Remarks on a crosscultural comparison*. *Scandinavian Journal of Psychology*, 33, 301-314.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, coping and relationships*. Hillsdale, New Jersey. Lawrence Erlbaum Associates.
- Seiffge-Krenke, I. (1998). *Adolescent's health. A developmental perspective*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, copying style and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23, 575-691.doi: [org/10.1006/jado.2000.0352](http://dx.doi.org/10.1006/jado.2000.0352)
- Seiffge-Krenke, I., Molinar, R., Ciariano, S., Menna, P., Michel, G., Hoareau, E., Kloep, M., Hendry, L. (2010). *Competence in coping with future-related stress in*

- adolescents from France, Italy, Great Britain, and Germany*. Journal of Happiness Studies, 11, 703-720.
- Shaffer, D. (2009) *El perfil del adolescente suicida*. EUA. Biomed Central. Recuperado <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=59915>
- Serrano, M. G. & Flores, M.M. (2005). *Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes*. Psicología y Salud. 15(2), 221-230.
- Tang, F., Xue F., & Quin P. (2015) *The interplay of stressful life events and coping skills on risk for suicidal behavior among youth students in contemporary China: a large scale cross-sectional study*. EUA. BMC Psychiatry doi: 10.1186/s12888-015-0575-x
- Trianes, M.V., & Morales, F. M. (2010). *Estrategias de afrontamiento e inadaptación en niños y adolescentes*. European Journal of Education and Psychology. Recuperado <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=129315468010>