



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
PSICOLOGÍA

PRÁCTICAS PARENTALES E IDEACIÓN SUICIDA EN
ADOLESCENTES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N:
MICHELLE NATALI LIMON TOLEDO
THALIA BELEN HORMIGO VEGA

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: DR. RAFAEL PEÑALOZA GÓMEZ
COMITÉ: DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ
LIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS
RAMÍREZ
DRA. ANA TERESA ROJAS RAMÍREZ
DRA. MARÍA DEL PILAR MÉNDEZ
SÁNCHEZ



CIUDAD DE MÉXICO

ENERO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

LA SATISFACCIÓN RADICA EN EL ESFUERZO,
NO EN EL LOGRO. EL ESFUERZO
TOTAL ES UNA VICTORIA
COMPLETA.

MAHATMA GANDHI

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá, por darme la vida, por quererme y apoyarme en cada momento, porque aún me cuidas y me conscientas. Por hacer de mi la mujer que soy ahora, porque hiciste todo para verme alcanzar mis sueños, por querer y cuidar lo que yo más amo y por estar siempre para mi y mi familia. Te amo.

Juan Pablo, por ser el más valiente e inteligente, porque todos los días me enseñas algo nuevo, porque crezco junto a ti, por todo tu amor y tu voz preciosa que adoro escuchar a diario llamándome “mami”, porque con cada beso y abrazo me llenas de vida, porque eres mi motor, mi inspiración, lo mejor de mi vida, porque todo es por y para ti, te amo desde el primer día.

Miguel, por ser mi compañero de vida, por amarme, cuidarme y aguantarme tanto. Por darme lo más valioso que tengo en esta vida y porque eres la mejor persona que pude elegir en el mundo, te amo para siempre.

A mi princesita Sofía, por ser la más tierna y preciosa del mundo. Nunca dejes de quererme y abrazarme, te adoro.

A Thalia, por ser mi compañera de aventuras a lo largo de estos años, por apoyarme en todo momento y regañarme cada vez que lo necesité, porque contigo todo es más divertido. Cuando te vi por primera vez no imaginé que llegarías a ser tanto, te quiero muchísimo, nunca me dejes, aún es tu canción. ¡Lo logramos!

A mi tía Karina y a mi abuela Edith, por quererme y cuidarme desde pequeña ¡Las quiero mucho!

Michelle Limon

A mi madre por siempre darme su apoyo para poder lograr mi meta, por darme tantísimo, porque jamás dejó que me faltara absolutamente nada, por sus fuerzas de madre ante todo siempre luchando porque yo estuviera y esté bien todos y cada uno de los días.
¡Mamá gracias por todo TE AMO!

A mi padre, quien jamás se dio por vencido, por construir un futuro para mí, porque a pesar de los obstáculos que tuvo nunca se dejó caer. A ti, padre te agradezco todo lo que en vida me diste, en honor a ti es todo esto y a Nova.
¡los amo y los extraño, gracias por todo! (In Memoria)

A mis hermanos Eileen y Misha, quienes siempre me dieron palabras de aliento para jamás dejarme caer, por siempre darme su apoyo incondicional, por siempre darme un abrazo y unas palabras cuando es necesario.
¡gracias! Los amo hermanos

A Michelle, mi gran amiga y compañera de esta aventura, hemos logrado nuestra meta juntas, por tu apoyo y acompañamiento desde hace más de 6 años de amistad, porque me sostuvo para no caer, porque con ella he vivido demasiadas cosas que han fortalecido nuestra amistad, porque jamás me abandonó en las situaciones difíciles, por esta gran amistad y por todo
¡Mich, te quiero amiga, gracias por tanto!

A Eduardo Millán por apoyarme en todo momento durante y después de mi carrera. Por enseñarme tantas cosas.
¡Gracias Eduardo!

A mi hermano Alejandro porque a pesar de estar lejos siempre me ha apoyado dándome palabras que me motivan. ¡te quiero hermano!

A mi tío el Dr. Luis Hormigo por muchos consejos ¡gracias!

Thalia Hormigo

A nuestro director de tesis, por ser tan divertido, porque sin tu ayuda este pequeño logro no sería posible. Por todo tu apoyo y paciencia y por compartir tanto conocimiento con nosotras dentro y fuera de clases. Por siempre: ¡gracias!

A nuestros sinodales, la Dra. Mirna, Lic. Eduardo, Dra. Ana Teresa y Dra. María del Pilar, por hacer esto una realidad. Gracias por su tiempo, paciencia y amabilidad.

Michelle y Thalia.

ÍNDICE

1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. Adolescencia	6
3.1 Definición de adolescencia	7
3.2 Características de los adolescentes	8
3.3 Conductas de riesgo en los adolescentes	10
4. Ideación suicida	17
4.1 Definición de ideación suicida	18
4.2 Signos y síntomas del suicidio	20
4.3 Factores protectores	26
5. Prácticas parentales	30
5.1 Definición de prácticas parentales	31
5.2 Tipos de prácticas parentales	31
6. Prácticas parentales e ideación suicida	34
7. Investigación	40
7.1 Justificación	41
7.2 Pregunta de investigación	42
7.3 Objetivo general	42
7.4 Objetivos específicos	42
7.5 Hipótesis	42
7.6 Definición de variables	43
8. Diseño	44
8.1 Tipo de estudio	44
8.2 Diseño	44
9. Método	44
9.1 Participantes	44
9.2 Instrumentos	45

9.3 Procedimiento	48
10. Análisis de resultados	48
11. Discusión y conclusiones	52
12. Referencias	56

Resumen

La ideación suicida es una de las conductas de riesgo que se encuentra cada vez más presente en la sociedad y afecta principalmente a los adolescentes. Diversos estudios muestran que la familia posee factores protectores para dicha problemática, dentro de los que se encuentran algunas dimensiones de las prácticas parentales como el apoyo y en cierta medida, el control conductual y la autonomía. Estas han demostrado ser un importante predictor de la sintomatología depresiva, por lo que el objetivo de esta investigación fue determinar si existe relación entre las prácticas parentales y la ideación suicida en adolescentes. Para esto se utilizó la Escala de Prácticas Parentales para Adolescentes y la Escala de Ideación Suicida conformada por los cuatro reactivos de la Escala de Ideación Suicida de Roberts (1980) y cuatro reactivos del Cuestionario sobre Tendencia Suicida de Wilburn y Smith (2005). Participaron en total 200 adolescentes, estudiantes de preparatoria con edades de 15 a 20 años. Dentro de los resultados obtenidos se encontró que en esta muestra no existen diferencias entre hombres y mujeres en la ideación suicida, pero sí se encontró diferencia en la medida que estos perciben determinadas prácticas parentales de acuerdo con su sexo, además de las prácticas parentales que más utilizan papá y mamá con sus hijos

INTRODUCCIÓN

La conducta de riesgo que se presentan con mayor frecuencia en los adolescentes es la ideación suicida, la cual diversos estudios han demostrado que tiene relación con las prácticas parentales. La adolescencia es la condición y proceso de crecimiento. Inicio entre los 9 y los 13 años, en los cuales se marca el término de la niñez y las bases para la adultez. Consta de crear proyectos de vida, aprendizajes e inquietudes. En esta etapa se desarrollan habilidades y una vida social más compleja. Existen también cambios biológicos sexuales y cambios sociales. Es común que la interacción con los padres sea fuente de conflictos, por la lucha del adolescente que quiere tener su propia identidad (Monroy, 2002).

Debido a que la adolescencia es una etapa de cambios importantes tanto físicos como psicológicos, se trata de una población de alta vulnerabilidad, por lo tanto, la depresión es considerada como objeto de estudio de muchas investigaciones (Cantoral, Méndez y Nazcar, 2002).

La depresión que padecen algunos adolescentes puede llevarlos a presentar ideación suicida, la cual se conceptualiza como los pensamientos e ideas recurrentes de querer quitarse la vida. Existen distintos tipos, leve, moderado y grave (Beck, Kovacs y Weissman, 1979).

La familia es un factor imprescindible para el buen desarrollo y ajuste de los hijos. Cuando la relación entre padres e hijos funciona adecuadamente, es más probable que los adolescentes crezcan sanos psicológicamente. Una de las necesidades de los adolescentes (sino es que la más importante), es contar con la confianza de sus padres. Los padres deben permitir que los adolescentes asuman responsabilidades según su necesidad, aunque ello implique algunos riesgos razonables (Raffo y Ramsey, 1997).

Para entender mejor lo escrito anteriormente, en el capítulo 1 se describe al adolescente, sus cambios físicos y psicológicos, las conductas de riesgo que se llevan a cabo en esta etapa, además de la relación entre el adolescente, la sociedad, la escuela y su propia familia.

En el capítulo 2 se encuentra una descripción de ideación suicida, cómo se origina, los distintos niveles que tiene y como se le ha definido a lo largo de los años. También se encuentra una descripción de los factores protectores y de riesgo donde se encuentran de nuevo la sociedad, la escuela y la familia.

El capítulo 3 muestra una descripción de las Prácticas Parentales y sus dimensiones, además de cómo es que se le ha conceptualizado a lo largo del tiempo.

En el capítulo 4 se habla de manera más específica de la relación existente entre la ideación suicida y las prácticas parentales y de cómo éstas actúan como factor protector o factor de riesgo, según sea el caso.

Por último, se encuentran los resultados y la discusión y conclusiones que se obtuvieron en esta investigación, además de las sugerencias que pueden servir para futuras investigaciones relacionadas con el tema.

ADOLESCENCIA

Definición de adolescencia

Según su etimología, adolescencia proviene del latín *ad*: a, hacia, y *olescere*, de *olere*: crecer, por lo tanto, adolescencia: condición y proceso de crecimiento. Tiene inicio (entre 9 y 13 años), en los cuales se marcan el término de la niñez y marca las bases para la adultez (Monroy, 2002).

De acuerdo con El Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (2006) la adolescencia es un periodo de preparación inmediata para la vida adulta. Está llena de grandes retos y oportunidades, proyectos de vida, inquietudes y aprendizajes para el individuo.

Es un lapso en la vida de un individuo donde se desarrollan nuevas habilidades, y se forma una vida social más compleja. En esta etapa las relaciones familiares son transformadas, además, se generan preguntas clave sobre valores y actitudes, por lo que se produce una lucha del adolescente con su identidad y futuro (Awuapara y Valdivieso, 2013).

La adolescencia es un periodo de cambios y crecimiento, físico, intelectual, personal, etc. Es una etapa que transcurre entre la infancia y la adultez que atrae dificultades de adaptación debido a los cambios que ocurren en todos los sentidos, en la persona. Se entiende por adolescencia el periodo en que ocurren cambios globales en el individuo, fuertes y discordantes, que suelen generar inseguridad. También en esta etapa se presentan cambios biológicos sexuales y cambios sociales al mismo tiempo (Parolari, 2005).

La adolescencia es caracterizada por ser un momento vital en el cual suceden muchos cambios los cuales afectan a todos los aspectos fundamentales de una persona. Todos estos cambios tienen tanta relevancia que algunos autores hablan de este periodo como si fuera un segundo nacimiento. De hecho, a lo largo de la vida de un ser humano se va modificando el cuerpo, la identidad, los pensamientos y las relaciones que mantiene con su familia y la sociedad (Moreno, 2015).

Características de la adolescencia

La adolescencia se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que sea cada vez más necesario prestarle atención, puesto que durante esta etapa se producen importantes cambios fisiológicos, somáticos, mentales, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto. Por otra parte, la evolución de la madurez biológica, psicológica y social se ha ido separando progresivamente con el paso de los años (Rosselot, 1993).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) define la adolescencia como la etapa de la vida en la que el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se logra la independencia socioeconómica. Se considera que se inicia a los 10 años y termina a los 19 años, aproximadamente.

La adolescencia corresponde a una etapa de búsqueda de sentido de sí mismo y del mundo con base en las operaciones psicológicas las cuales resultan en la producción de pensamientos e ideales propios asentados en experiencias individuales o compartidas (Zúñiga, 2008).

Algunos cambios que se presentan durante la adolescencia y los cuales son importantes mencionar, en los hombres se presenta el ensanchamiento del pecho (tórax) y también de los hombros. En el caso de las mujeres comienza el ensanchamiento de las caderas y comienza a depositarse grasa en los senos y los glúteos (Morris y Maisto, citado en Méndez, 2008).

De acuerdo con Aláez y Antona (2003), durante esta etapa los adolescentes buscan una mayor independencia, por lo que muestran menor interés en las actividades que realizan sus padres, además en esta etapa inician los conflictos con los padres y las normas que éstos imponen, ya que los hijos buscan cambiar la relación padre-hijo por adulto-adulto. En cuanto al aspecto corporal, en esta etapa los adolescentes se preocupan más por el aspecto físico y ponen más atención a los “defectos” que presentan, por lo general, las chicas desean perder peso y los chicos quieren ser

más altos y musculosos, es decir, se preocupan por hacer su cuerpo más atractivo. Sus relaciones personales con amigos del mismo sexo se vuelven más intensas y comienzan a adoptar valores de los amigos. También en esta etapa se comienzan a formar parejas sentimentales. Existe un desarrollo del pensamiento formal, comienzan a pensar sobre a que desean dedicarse cuando sean adultos. Buscan tener una mayor intimidad, tienen un escaso control de impulsos e incluso, la mayoría pasa por una crisis de identidad, para después resolver el conflicto y consolidar su identidad personal. En el ámbito sexual, se da la autoexploración y la actividad sexual con una o más parejas, prueban su feminidad o masculinidad y comienzan a tener fantasías románticas.

Por lo tanto, la adolescencia temprana se constituye como un momento especialmente singular ya que se logran un gran número de cambios físicos y contextuales. Lo anterior -etapa de transición entre la infancia y la edad adulta- deja de lado un problema importante: la determinación precisa de los momentos en los cuales empieza y acaba esta etapa. Aunque se ha proporcionado algunos criterios cronológicos, y estos solo pueden ser utilizados como indicativos. Por consiguiente, se menciona que la madurez social es vinculada al proceso de emancipación la que permite a los jóvenes para que accedan a la condición de adultos. Esta madurez social -cuyos índices serán la independencia económica, la autonomía personal, la auto administración de los recursos y la formación de un hogar propio- marcará el fin de la adolescencia y juventud y también el ingreso de pleno derecho en la categoría de persona adulta (Moreno, 2015).

La familia ayuda a la responsabilidad de reproducir la especie y de la transmisión de valores, cumple importantes funciones en el desarrollo de sus integrantes, junto a los demás componentes de la sociedad, de su preparación para la vida (Louro, 1997).

Algunos estudios indican que los adolescentes sufren una diversidad de problemas emocionales y de conducta, y estos requieren de un tratamiento que sea eficaz para su eliminación, todo esto de acuerdo a la edad, el sexo y los síntomas de cada adolescente (Barakmann y Schulte- Marrkwort, 2005).

Aláez, Martínez y Rodríguez (2000), reportaron que en España los trastornos que presentan los adolescentes con mayor frecuencia son: de conducta, depresión (14.6%), ansiedad (13.3%), de desarrollo (12.7%) y de eliminación (9.7).

En la adolescencia, la salud mental, especialmente trastornos como la depresión cobran importancia especial, debido a las repercusiones que conllevan los problemas mentales al presente y futuro de estos (Gómez, 2008).

Conductas de riesgo en los adolescentes

Las principales redes sociales de una persona son la familia, la escuela y su grupo de amigos. Los adolescentes son vulnerables al entorno que frecuentan y poco a poco se van separando de su primer sustento, que son sus padres, para hacerse de nuevas ideas e identificarse con nuevos planes y pensamientos que definirán la forma en que el adolescente participará dentro de su cultura. Si esta construcción de identidad se da de una manera inadecuada, el adolescente como individuo se conformará por medio de ideas confusas, carentes de estructura, lo que resultará en una organización de identidad que tendrá que incorporar los riesgos como expresiones de autoafirmación que funcionarán como compensación al empobrecimiento de mecanismos de respuesta a las demandas y necesidades que el adolescente debe enfrentar (Gómez, 2008).

Los adolescentes buscan experimentar varias actitudes y conductas, definirse y redefinirse a sí mismos, buscan alejarse poco a poco del control de sus padres, lo cual cumple un propósito sano y muy importante: ayuda a que el adolescente se transforme en adulto. Sin embargo, esto mismo puede provocar conductas de riesgo. Algunos adolescentes están más propensos que otros a enredarse en actividades que involucren alto riesgo, otros aprovechan el aumento de energía y la curiosidad realizan actividades constructivas, en lugar de realizar actividades peligrosas (Glantz y Pickeens, 1992).

Existen varios motivos por los cuales un adolescente se involucra en actividades de alto riesgo, puede ser porque no se da cuenta del riesgo que corre, tal vez disponga

de poca información, posiblemente los adultos no siempre le adviertan de manera eficaz, o posiblemente solo las ignore. Los adolescentes que corren riesgos subestiman la probabilidad de obtener resultados negativos, no se sienten vulnerables, debido a que se concentran más en los beneficios que puede traerle su conducta, como puede ser un mayor estatus entre sus compañeros y/o amigos. Las causas se dividen en cinco dominios, que son: biología y genética, ambiente social, ambiente percibido, personalidad y conducta concreta (tabla 1). Estos factores interactúan y hacen que el adolescente adopte estilos de vida que involucren conductas riesgosas.

Tabla 1.

Modelo conceptual de la conducta de riesgo del adolescente

BIOLOGÍA/GENÉTICA	AMBIENTE SOCIAL	AMBIENTE PERCIBIDO	PERSONALIDAD	CONDUCTA CONCRETA
Factores de riesgo	Factores de riesgo	Factores de riesgo	Factores de riesgo	Factores de riesgo
<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares de alcoholismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Pobreza • Anomia normativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelos de conducta desviada • Conflicto normativo entre progenitores y amigos 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de pocas oportunidades vitales • Baja autoestima • Propensión a correr riesgos 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de alcoholismo • Trabajo escolar deficiente
Factores de protección	<ul style="list-style-type: none"> • Desigualdad racial • Oportunidad ilegítima 	Factores de protección	Factores de protección	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> • Gran inteligencia 	<ul style="list-style-type: none"> › Escuelas de calidad › Cohesión de la familia › Recursos del barrio › Adultos responsables 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelos de conducta convencional • Controles estrictos sobre la conducta desviada 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del aprovechamiento académico • Valoración de la salud • Intolerancia a la desviación 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia a la iglesia • Participación en la escuela y en clubes de voluntarios

Tabla 1.

Modelo conceptual de la conducta de riesgo del adolescente (continuación).

CONDUCTA Y ESTILOS DE VIDA DE RIESGO DEL ADOLESCENTE				
C o n d u c t a s	Problemas de conducta		Conducta relacionada con la salud	Conducta escolar
	Consumo de sustancias ilícitas		Alimentación poco sana	Haraganería
RESULTADOS QUE PONEN EN PELIGRO LA SALUD/VIDA				
R e s u l t a d o s	Delincuencia		Tabaquismo	Deserción escolar
	Conducir en estado de ebriedad		Vida sedentaria	Uso de drogas en la escuela
			No usar el cinturón de seguridad	
	Salud	Roles sociales	Desarrollo personal	Preparación para la adultez
e r i s t e s	Enfermedad/afecciones	Fracaso escolar	Autoconcepto inadecuado	Escasas habilidades laborales
		Aislamiento social	Depresión/suicidio	Propensión al desempleo
		Problemas legales		Falta de motivación
		Procreación temprana		

Jessor, 1992, en Grace & Don, 2009, pág. 393.

Glantz y Pickeens (1992) mencionaron que en las conductas de riesgo, se encuentran el consumo y abuso de drogas y otras sustancias legales e ilegales, las sustancias legales son las que más se consumen, debido a que se consiguen de una manera más sencilla, como los cigarrillos y el alcohol a pesar de los efectos dañinos para la salud que estos traen. Los factores de riesgo son las características o cualidades de un individuo o comunidad que predispondrán al individuo a tener una mayor probabilidad de daño a la salud. Incrementan la probabilidad de conductas negativas, como lo son: el uso y/o abuso de drogas, alcohol, tabaco, delincuencia, deserción escolar y relaciones sexuales precoces, etc.

De acuerdo con Gómez (2008) existen factores que predisponen al adolescente a cometer conductas de riesgo, dentro de los que se encuentran:

a) La familia

La familia es el contexto más cercano al adolescente, por lo que ésta involucra un mayor nivel de factores de riesgo, por ejemplo, falta de apoyo, trato violento, abandono escolar y ausencia en el hogar. La deficiente comunicación con los padres se encuentra asociada a la dificultad de comunicarse con los amigos, a sentir malestar físico y psicológico y a un consumo mayor de alcohol y tabaco en edades tempranas. Si el adolescente percibe la familia como un ambiente hostil buscará un grupo externo que le brinde seguridad, presentando desadaptación, lo cual le provocará el rechazo de otros, lo cual derivará en la realización de conducta de riesgo, como el consumo de drogas, promiscuidad y violencia como recurso de afrontamiento

b) La sociedad

Los factores ambientales como la pobreza, la ausencia de los padres, carencia de afectividad y moral, constituyen factores de riesgo para la humanidad. Si se percibe a la sociedad como violenta y carente de afecto, el adolescente responderá de manera peligrosa, es decir, actuando de manera riesgosa. Los adolescentes enfrentan muchos riesgos, como pueden ser un embarazo y maternidad precoz, elevados índices de mortalidad por accidentes, homicidio y suicidio, etc. Todo esto condicionado por patrones de conducta tales como el consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias, actividad sexual y de pandillas

Con todo lo anterior, Aláez y Antona (2003), proponen un programa de intervención de acuerdo con las áreas de problema del adolescente, lo cual se muestra en la tabla 2.

Tabla 2.

Áreas de intervención de un programa de salud para adolescentes

ÁREA DEL PROBLEMA	DESCRIPCIÓN	MANIFESTACIONES
HÁBITOS DE SALUD	-Inicio tabaco-alcohol -Duerme menos de 9 h -Abandono del deporte o actividad física -Alimentación inadecuada -Exceso de horas de TV/ordenador -Conductas de riesgo (circulación)	-Accidentes -Alcohol-embriaguez -Tabaquismo -Uso de sustancias tóxicas -Obesidad
AFFECTIVIDAD	-Irritabilidad, decaimiento -Sentimiento de no ser feliz -Baja autoestima, descenso de interés	-Depresión -Suicidio -Trastornos adaptativos (crisis vitales)
ANSIEDAD	-Dificultades con el sueño -Cefaleas recurrentes, fatiga, dolores inespecíficos -Alteraciones de la imagen corporal -uso de psicofármacos	-Trastornos del sueño -Trastornos de ansiedad -Síndrome premenstrual -Anorexia, bulimia
APRENDIZAJE ADAPTACIÓN ESCOLAR	Y -Problemas escolares	-Fobia escolar -Fracaso escolar

Tabla 2.

Áreas de intervención de un programa de salud para adolescentes (continuación)

ÁREA DEL PROBLEMA	DESCRIPCIÓN	MANIFESTACIONES
	-Trastornos del desarrollo y aprendizaje	Trastornos profundos del desarrollo
RELACIONES FAMILIARES E INTERPERSONALES	-Problemas de conducta -dificultades de inserción grupal/pareja -Procesos de individualización/separación	-Fuga del hogar -Conducta antisocial -Sufrimiento de malos tratos y abuso -Déficit de habilidades sociales
SEXUALIDAD	-Inicio precoz de relaciones coitales -Falta de información/educación sexual -No uso de medidas de protección ante embarazo e ITS	-Trastornos de la identidad sexual -Embarazos, IVE, ITS -Problemas en las relaciones de pareja -Violaciones y abuso sexual
CRECIMIENTO Y DESARROLLO FÍSICO, SALUD GENERAL	-Alteraciones de la columna -Patología puberal -Infecciones: Acné, Hepatitis, SIDA -Hipertensión arterial -Problemas de salud bucodental -Carencia de vacunaciones	-Problemas relacionales -Absentismo escolar -Enfermedades -Deficiencias físicas

Aláez & Antona, 2003, p 50.

De acuerdo con la UNICEF (2006), en el año 2006, 4 adolescentes morían al día en México debido a accidentes de tránsito. Cada semana, 12 adolescentes eran asesinados y otros 10 se suicidaban. Estas continúan siendo las principales causas de muerte de jóvenes entre 12 y 17 años.

Los adolescentes son el grupo de edad más propicio para sufrir depresión. En el año 2015 suicidio se posicionó como la segunda causa de muerte en jóvenes a partir de los 14 años (INEGI, 2017)

La depresión es considerada como objeto de estudio de muchas investigaciones, las cuales han resaltado algunos factores relacionados con la formación de esta entidad nosológica asumiéndola como un padecimiento multifuncional (Cantoral, Méndez y Nazcar, 2002). Se sabe que los desajustes emocionales que tiene el adolescente son, en gran medida el resultado de contradicciones familiares (Milne y Lancaster, 2001),

Navarro (1990) menciona que lo que predispone a la depresión es la feminidad, mientras tanto la masculinidad previene contra ella. Por lo tanto, se espera un mayor o menor riesgo de tener depresión ligado a las construcciones socioculturales de género. En otras palabras, se podría explicar que el mayor riesgo de depresión en las mujeres se debe a las construcciones socioculturales, ya que a los hombres se les ubica en las actividades productivas y a las mujeres en las reproductivas.

Beck (1972) define la depresión como una serie de concepciones negativas de sí mismo, de su entorno, y del futuro; las cuales llevan a distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información. Algunas de ellas son la sobre-generalización, el pensamiento dicotómico, las inferencias arbitrarias, la abstracción selectiva y la personalización. Por lo tanto, las emociones y las conductas típica de la depresión están determinadas por la forma en que el depresivo percibe la realidad, lo cual lo lleva a tener pensamientos relacionados con el suicidio y su muerte, por lo que en próximo capítulo se hablará de la ideación suicida.

IDEACIÓN SUICIDA

Definición de ideación suicida

La palabra suicidio proviene de las expresiones latinas Sui – “sí mismo” y occidere – “darse muerte”, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo (González, Jiménez, Ramos y Wagner 2008).

La ideación suicida, se conceptualiza como los pensamientos e ideas recurrentes de querer quitarse la vida. Es un concepto general que sirve para designar todo acto que busque la muerte propia, inclusive de manera manipuladora, y del cual se sobrevive. Existen distintos tipos, leve, moderado y grave (Beck, Kovacs y Weissman, 1979). La valoración de esta es importante, ya que esta puede llegar al intento y el contenido de ella puede ser indicativo de su seriedad y su letalidad (Carbajal y Caro, 2009).

La ideación suicida se define como la presencia de deseos de muerte y de pensamientos persistentes de querer matarse (Doménech y Baños, 2005).

Antes de que la depresión pase a ser suicidio, los adolescentes pasan por esta fase llamada Ideación suicida, que es en donde se piensa, planea o desea cometer suicidio. La ideación suicida es conceptualizada como pensamientos de autodestrucción, cuando se piensa, desea o planea persistentemente matarse, varía desde no encontrarle sentido a vivir, hasta la existencia de angustia delirante referida a la destrucción (Bobes, Saiz, Pilar, Garcia, Maria y Bascaran, 2004; Córdova, Rosales y Eguiluz, 2005 y Treviño, Sáiz y Bobes, 2006).

En cuanto a las edades en que se tiene mayor riesgo de cometer suicidio, D’Augelli (2008) señala que los jóvenes entre los 13 y los 21 años tienen alto riesgo de suicidio, aunque existen estudios que prolongan el muestreo hasta incluir adultos jóvenes de hasta 25 años.

El suicidio es fenómeno multicausal y complejo. Mientras que la depresión es tratable y es el principal predictor de suicidio, este puede ser prevenible y no constituye en sí mismo una enfermedad y no es necesariamente la manifestación de una enfermedad, pero los trastornos mentales son un factor muy importante asociado con el suicidio. Cabe destacar que el patrón de riesgo suicida no es

necesariamente lineal, es un proceso en el que la investigación ha señalado que las personas con ideación no necesariamente pasan a planes suicidas y, por esa vía, al intento de suicidio. Así mismo, quienes intentan suicidarse no concretan necesariamente el acto suicida (Organización Mundial de la Salud, 2000).

El suicidio puede ser definido como un proceso que se inicia con la ideación en sus diferentes expresiones (preocupación autodestructiva, planificación de un acto letal, deseo de muerte) discurre por el intento suicida y finaliza con el suicidio consumado. Por lo tanto, se considera que la investigación en ideación suicida, así como la identificación de factores asociados a ésta, resulta ser importante en la prevención del suicidio (Paneth y Susser, 2002; Pérez, 1999). En algunos estudios se ha encontrado que el suicidio representa la tercera causa de muerte de adolescentes en el mundo (Suk, Van Mill, Vermeiren, Ruchkin, Schwab-Stone, Doreleijers y Deboutte 2009; World Health Organization, 2001). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) informó que aproximadamente un millón de personas murieron por suicidio en el año 2000, y que las tasas de suicidio global han aumentado en un 60% en los últimos 45 años.

La ideación suicida es un fenómeno en donde intervienen factores tanto familiares, como personales y escolares (Cheng, Tao, Riley, Kann, Ye, Tian, Tian, Hu y Che, 2009).

Sánchez-Sosa (2009) observó una relación negativa y significativa entre el ajuste escolar y la ideación suicida. También, Pérez et al. (2010) encontraron que los adolescentes con poco reconocimiento escolar o que sufran de victimización escolar son más proclives a manifestar ideación suicida. Dentro de los contextos familiar y escolar el factor personal o psicológico representa el otro escenario en donde las variables que lo representan tienen una relación mayor con la ideación suicida que las variables que representan los escenarios familiar y escolar (Sun, Hui y Watkins 2006).

De acuerdo con Eguiluz (1995), la ideación suicida es un importante predictor para el suicidio, y la define como pensamientos involuntarios, no deseados y repetitivos sobre provocarse la muerte a sí mismo, formas deseadas de morir, objetos,

escenarios y condiciones en las que le gustaría morir. Por su parte, Miranda, Cubillas, Román y Abril, (2009), señalaron cinco etapas, mencionando que no son necesariamente continuadas: ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida y, por último, el suicidio consumado.

Según datos públicos, ocurre un suicidio cada minuto y un intento de suicidio aproximadamente cada tres segundos, por lo que este tema se considera un problema de salud pública. En el 2011 se registraron 5 mil 718 suicidios, y Los estados con mayor índice de suicidio juvenil fueron el Estado de México con 369 y Jalisco con 232 (OMS, 2006). Los países con mayores índices de suicidio se localizan en Europa, los cuales se encuentran en un rango de 7 a 15 suicidios por cada 100 mil habitantes; seguido por Asia, donde se calculan entre 16 y 9 suicidios por 100 mil habitantes, y África, donde se presentan entre 5 y 10 suicidios por 100 mil habitantes (Hernández y Flores, 2011). Aunque en México las estadísticas pueden considerarse bajas (6.5 por cada 100,000 habitantes), el aumento gradual de este fenómeno entre 2000 y 2005 se convirtió en una señal de alarma para analizar esta situación. En la adolescencia 5 de cada 100 jóvenes padecen depresión, por lo que cada año hay hasta 14 mil intentos de suicidio (Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2010).

La teoría sobre el tema dice que el suicidio consumado tiene sus inicios en la presencia de ideas o pensamientos relacionados con quitarse la vida. La ideación suicida se define como “la presencia de deseos de muerte y de pensamientos persistentes de querer matarse” (Doménech y Baños, 2005), este concepto abarca un amplio campo, que va desde pensamientos inespecíficos (p.ej.: la vida no vale nada.) hasta ideas completamente elaboradas de cómo llevar a cabo el suicidio (Mardomingo, 1994).

Signos-síntomas del suicidio

El suicidio es uno de los problemas importante a nivel internacional, debido a su alta prevalencia y al aumento a lo largo de los años (Brent, 2007). Y es aún más grave

en la población adolescente, ya que los suicidios en este grupo de edad son cada vez más frecuentes (Pelkonen y Marttunen, 2003). Como ya se mencionó anteriormente, durante la adolescencia suceden cambios sistemáticos relacionados con las actitudes asumidas en los aspectos psicológicos, fisiológicos, socioculturales y biológicos, se adquiere la independencia, llega el despegue familiar y se generan algunas conductas que inciden negativamente en el medio familiar y social, lo cual provoca estilos de vida poco saludables como la conducta suicida, que afecta su calidad de vida (Gutiérrez, Fernández, Gutiérrez, Jiménez y Tamayo, 2008).

La conducta suicida en los adolescentes ha ido incrementando, por lo que se considera un importante problema de salud, ya que además del incremento, tiene repercusiones emocionales asociadas con la muerte de jóvenes, además de costes económicos y sociales (Del Bosque, 2006).

De acuerdo con Castañeda (2003), las personas del sexo masculino cometen más actos suicidas (18%), en proporción con el sexo femenino (4%). Además, menciona que en este periodo es común que ni los padres ni los profesores estén al tanto de las ideas y sentimientos de suicidio del adolescente, ya que éste no manifiesta sus sentimientos, por lo que pueden pasarse por alto.

El suicidio es una conducta compleja en la que intervienen muchos factores y según García y Peralta (2002) se compone de tres fases:

1. Idea suicida en la que el sujeto piensa en cometer suicidio, también es conocida como fase de parasuicidio, que se refiere a conductas o pensamientos relacionados con la propia muerte, pero sin morir: como el intento suicida, la planeación y la ideación.
2. Duda o fase de ambivalencia, en esta fase el adolescente pasa de tener la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción como solución a sus conflictos. Puede ser de tiempo variable, durar poco o no existir.
3. Decisión en la que ya se pasa a la acción o suicidio consumado.

El proceso se inicia con una idea que, al ser recurrente, logra afectar la vida del individuo llevándolo a cometer actos suicidas que la mayoría de las veces terminan en muerte (Torre, 2013).

El intento de suicidio puede ser un grito de ayuda para llamar la atención o la simpatía de los demás, o puede ser un intento de manipulación. Puede que el adolescente haya intentado otros medios: rebelarse, escapar de casa, mentir, robar u otras conductas para llamar la atención, al intentar otros métodos y fallar la persona recurre al intento de suicidio. Muchos jóvenes que intentan suicidarse hablan primero sobre eso, las personas cercanas lo saben a tiempo e intentan remediar la situación, se puede prevenir la muerte (Rice, 2000).

Otras características que pueden indicar que se piensa en el suicidio, de acuerdo con la OMS (2006) son:

Tener depresión, baja autoestima, comportamientos autodestructivos, falta de interés por el bienestar personal, cambios en los patrones sociales, intento de poner los asuntos personales en orden, hablar constantemente sobre la muerte, hablar sobre las intenciones de hacerse daño o matarse, regalar pertenencias personales, historial familiar de suicidios y/o depresión y abuso de drogas.

La ideación suicida repercute en la vida diaria de la persona, ya que son creaciones de pensamientos en la mente que ocasionan preocupación a la persona y, al estar constantemente presentes pueden acelerar el proceso para que el individuo cometa el suicidio. La ideación suicida causa un desgaste mental, físico y psicológico para quien lo está viviendo (Calvillo, 2016).

El intento de suicidio es un fenómeno multicausal, no es atribuido a un suceso aislado o específico, y dentro de los factores de riesgo más importantes para que haya un suicidio está el antecedente de intento de suicidio. Se encontró que entre el 2 y 12 % de la población joven ha tratado de quitarse la vida (Pelkonen & Marttunen, 2003), y por lo tanto este constituye un motivo frecuente de consulta en salud mental y un grave problema para la salud pública (Pavez, Carranza, Santander y Vera-Villaruel, 2009).

De acuerdo con algunos autores (Toro, Paniagua, González y Montoya, 2009), los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidan están caracterizados por diferentes factores de riesgo que determinan esta conducta, entre ellos están:

- Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional
- Los que presentan psicopatologías incluyendo la depresión
- Exposición a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz
- El abuso de sustancias y tener una conducta disocial, la baja autoestima
- La impulsividad, la desesperanza, los amores contrariados o los problemas socioeconómicos
- La falta de comunicación con los padres, la desesperanza y el maltrato, entre otros aspectos, que limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de sus necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes los padecen.

En los adolescentes los episodios depresivos se presentan como quejas somáticas, irritabilidad, aislamiento social, enlentecimiento psicomotor, hipersomnia e ideas delirantes. Suelen ir acompañados de trastornos disociales, déficit de atención, ansiedad, consumo de sustancias y conductas alimentarias de riesgo (Méndez, Olivares y Ros, 2001).

En la adolescencia la sintomatología depresiva se presenta con aspectos muy cambiantes, que van desde crisis de llanto, desesperación, rabia, pasando por cierre relacional y mutismo, hasta tóxicodependencia y otras conductas de riesgo (Nardi, 2004).

En cuanto a las manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos en adolescentes, algunas veces existe sintomatología desde la infancia y se hace mayormente visible en la adolescencia. El síntoma más notorio y característico de la depresión es el cambio en el estado de ánimo, que puede estar disfrazado como irritabilidad o problemas de conducta, además existe desesperanza y falta de capacidad para disfrutar lo que hacen. Además, existe una mayor necesidad de

dormir más, cambios en el peso corporal, presencia de ideas acerca de la muerte e ideación suicida (Bernad, 2000).

De acuerdo con el DSM-V (2014), un trastorno de depresión mayor incluye, entre otras cosas, a la ideación suicida, como pensamientos recurrentes sobre la muerte, que pueden o no, ir acompañadas de un plan específico para llevarlo a cabo.

Existen algunos de los factores de riesgo asociados con el intento suicida reportados en la literatura internacional son: a) la depresión (Brausch y Gutierrez, 2010), b) consumo de drogas lícitas e ilícitas, c) relaciones conflictivas con los padres la adaptabilidad familiar y los antecedentes de ideación e intentos suicidas en familiares cercanos (Pavez, Santander, Carranza y Vera-Villarreal, 2009), d) algunas dimensiones psicológicas como: una baja autoestima la autocrítica -visión negativa del self-, el neuroticismo y la desesperanza, e) actitudes negativas hacia el cuerpo o insatisfacción con la imagen corporal -percepción de sobrepeso- y f) eventos traumáticos como abuso sexual, violencia familiar y escolar, además de enfermedades de transmisión sexual y homo o bisexualidad (Hacker, Suglia, Fried, Rappaport y Cabral, 2006). En algunos estudios encontrados se muestra que se encontraron diferencias por sexo, y de ambos sexos el que tiene más proporción con intento de suicidio es el sexo femenino y el sexo masculino tiene una menor proporción de intentarlo (Dori y Overholser, 1999) y también se mencionan puntos importantes que se predisponen al suicidio en cuanto a las mujeres: a) perciben poco apoyo social y sufren depresión, b) que sean adolescentes de 15 a 19 años (Hidaka, Operario, Takenaka, Omori, Ichikawa y Shirasaka, 2008), y c) insatisfacción y rechazo hacia su propio cuerpo. En tanto a la población masculina se han identificado los mismos factores que en las mujeres, pero las correlaciones han sido más bajas o no significativas (Dave y Raschad, 2009).

Se encontraron estudios en México donde se revisó la cantidad de muertes por suicidio durante el periodo de 1970 a 2007, se utilizaron encuestas transversales, con un objetivo que fue el de presentar una epidemiológica panorámica del suicidio que ha sido consumado, en dicho periodo el suicidio aumentó de manera constante, de acuerdo con la tendencia internacional. De igual manera se encontró que en

dicha población se registró un incremento de suicidios, en el caso de los hombres presentó un 10.64% del total de muertes y en el caso de las mujeres el 18.11%, lo que rectifica que es la tercera causa de muerte entre la población de 15 a 24 años. De igual manera parece ser que la edad de los jóvenes es un indicador importante, puesto que la prevalencia de intento de suicidio va disminuyendo conforme a la edad, en el caso de los jóvenes de 12 a 17 años fue de 4.26%, y en la edad de 18 a 29 años se redujo a 3.75%, y para la edad de 30 a 65 años fue de 2.1% (Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2010).

Algunos autores realizaron estudios para encontrar la prevalencia del intento de suicidio en México (González-Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, Bermudez y Amador, 2002) y encontraron que en 1997 la prevalencia en estudiantes adolescentes fue de 8.3% (N=849), pero aumentó a 9.5% en el 2000 (N=1,009). Las prevalencias fueron más altas en el nivel de bachillerato que en los otros niveles educativos, pero las edades reportadas en el único/último intento reportados mostraron que, en gran parte de los casos, los intentos ocurrieron a finales de los estudios de educación primaria y también en la secundaria. También se encontró que el intento de suicidio se presentó con mayor frecuencia en las mujeres, en una proporción de más de tres mujeres por cada hombre. A pesar de que hay diferencias en las prevalencias, se encontró que el intento suicida presentó un mismo perfil de características en cuanto a: 1) la edad de ocurrencia del único o último intento de suicidio, que fue de 10 a 15 años; 2) la causa del intento del suicidio, el principal motivo fueron los problemas familiares y como segundo los sentimientos depresivos; y 3) el método empleado con mayor frecuencia por los jóvenes fue cortarse con algún objeto punzocortante. El intento de suicidio es considerado como un factor de alto riesgo porque aumenta la probabilidad de que los jóvenes lo repitan y terminen consumándolo (Borges, et al., 2010; Christiansen y Frank, 2007; González- Forteza, et al., 2003; Hvid y Wang, 2009). En México se han realizado algunos estudios para detectar factores de riesgo asociados con intento de suicidio en los adolescentes, se reportan: a) los trastornos mentales, ansiedad e impulsividad en varones y trastornos del estado de ánimo en las mujeres, en particular la depresión (Borges, et. al., 2010; Cubillas, Román, Valdez

y Galviz, 2012), b) malestar emocional, baja autoestima, mala relación con los padres y discusiones entre los padres particularmente por problemas económicos y c) un ambiente familiar negativo (Andrade, Betancourt y Camacho, 2003).

Factores protectores

Según la UNICEF (2006), la adolescencia consiste en aprendizaje tanto en los adolescentes como en la sociedad sobre sus preguntas e innovaciones. Este aprendizaje requiere de cierto apoyo para poder realizarse. Los adolescentes aprenden experimentando, buscando nuevas sensaciones y cuestionando las visiones tradicionales, pero todo este proceso de transformación implica riesgos. Los riesgos de la adolescencia pueden verse disminuidos –o aumentados– por la familia, la escuela y la sociedad, que son los tres ámbitos más importantes de desarrollo vital y aprendizaje.

Hoyos, Lemos y Torres (2012), realizaron un estudio en adolescentes para localizar las características y actitudes que podrían protegerlos de desarrollar algún trastorno depresivo. Encontraron que la cohesión familiar, la buena relación entre los padres, así como la comunicación con ellos además de la expresión de sentimientos, contar con un círculo social amplio, actividades deportivas y culturales, relaciones sanas con sus figuras de autoridad y un óptimo desempeño en sus actividades. Todo esto se relaciona con la percepción de su autoconcepto y son situaciones que favorecen una identificación positiva de ellos mismos y llevan a tener una mente sana.

De acuerdo con Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler y Lee (2008), los factores de protección son aquellos que disminuyen el riesgo elevado ante un posible resultado. En la depresión se considera que los factores de protección son la resistencia al estrés, sentimiento de autoestima, el apoyo social percibido y habilidades sociales (García, Rodríguez y Alcázar, 2008).

De acuerdo con Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler y Lee (2008), entre los factores de protección para las conductas suicidas se encuentran:

- Creencias religiosas

- Soporte social, contacto con la familia y amigos
- Embarazo
- Tener hijos
- Hábitos de vida saludable
- No consumir alcohol de manera excesiva
- Mantenerse activo
- Sentimiento de tener un propósito en la vida
- Rasgos de personalidad como extraversión, apertura a la experiencia y personalidad
- Percepción del significado del significado de vida y satisfacción con la misma
- Habilidades de afrontamiento
- Orientación al futuro y espiritualidad

Lazarus y Folkman (1984) propusieron la teoría del estrés y el afrontamiento que asegura que la respuesta o conjunto de respuestas que emite una persona para manejar un acontecimiento o situación estresante depende de sus recursos de afrontamiento, los cuales pueden ser: físicos, psicológicos, estructurales, sociales y culturales. De forma particular, los recursos sociales parecen ser el tipo de recursos de afrontamiento más importantes asociados a aspectos de salud. Dichos recursos, representan la red social del individuo y sus sistemas de apoyo social, de los que puede obtenerse información, asistencia tangible y apoyo emocional; dentro de estos puede ubicarse a la familia, que también es considerada como el principal agente de socialización debido a que es el primer grupo de personas con quien el niño establece contacto, por lo que es importante comprender cómo los padres afectan al desarrollo social, emocional e intelectual de sus hijos (Paula, 2007).

Los factores protectores, son definidos por Gómez (2008), como las situaciones, escenarios y condiciones que facilitan al individuo lograr la salud integral, de acuerdo con la UNICEF (2006) dentro de estos factores protectores se encuentran:

a) La sociedad

Los adolescentes aprenden las actividades que les resultan excitantes porque son novedosas, masivas y creativas. Por lo mismo, necesitan que la sociedad les brinde estímulos y espacios para el encuentro, la diversión, la música, el arte, el deporte y la expresión política. Necesitan que se les brinde toda la información que la vida y la toma de responsabilidades exigen. Necesitan también servicios de orientación y salud adecuados que les garanticen confidencialidad.

b) La escuela

Es habitual que los adolescentes estén ansiosos por aprender, pero se requiere que dicho aprendizaje se realice según su necesidad y su ritmo. Para servir a la adolescencia, la escuela debe tener ciertas características, como lo son: ser divertida, creativa, experimental y cooperativa. En la escuela se debe estimular la libertad, el diálogo, la posibilidad de dudar y el desacuerdo. Se deben respetar todos los derechos, se debe permitir que los estudiantes puedan expresarse, innovar, gastar su energía y formar su personalidad alrededor del deporte, de la música, el baile, teatro, etc. Debe facilitar la amistad y la recreación, además, debe continuar transmitiendo conocimientos científicos y culturales.

c) La familia

La familia es un factor imprescindible para el buen desarrollo y ajuste de los hijos. Cuando la relación entre padres e hijos funciona adecuadamente, es más probable que los adolescentes crezcan sanos psicológicamente. En la familia, será donde el adolescente va a adquirir normas, valores, derechos, obligaciones y roles, además aquí el individuo se prepara para el papel que llevará a cabo en un futuro. La familia es el entorno más cercano al individuo, por lo que esta dimensión implica un nivel más alto de protección, brindando el apoyo adecuado, trato libre de violencia, unidad, etc. Los adolescentes con familias unidas presentan un menor riesgo de consumo de drogas (Raffo y Ramsey, 1997).

Una de las necesidades de los adolescentes (sino es que la más importante), es contar con la confianza de sus padres. Los padres deben permitir que los

adolescentes asuman responsabilidades según su necesidad, aunque ello implique algunos riesgos razonables. Les corresponde hablar mucho con ellos, no dejar de interactuar bajo ninguna circunstancia es importante, aunque sea complicado (UNICEF, 2006)

Los adolescentes que pertenecen a familias con buena comunicación, vínculos emocionales entre sus integrantes y alta satisfacción familiar, son aquellos que también perciben mayor apoyo de las relaciones personales significativas en las que se encuentran (Gómez, 2008).

Uno de los factores que ha mostrado ser un importante predictor de la sintomatología depresiva es la relación que se tiene entre padres e hijos, particularmente las prácticas parentales, las que se definen como los elementos que utilizan los padres orientados directamente a la socialización del niño o el adolescente (Darling y Steinberg, 1993), lo cual se abordará en el siguiente capítulo.

PRÁCTICAS PARENTALES

Definición

Las prácticas parentales se refieren al conjunto de estrategias que utilizan los padres para influir en sus hijos e infundirles un conjunto de valores y normas que guíen su comportamiento en sociedad (Beltrán y Bueno, 1995), son conductas específicas dirigidas a un objetivo, mediante las cuales los padres desempeñan sus obligaciones parentales, por lo tanto, son uno de los factores que ha mostrado ser un importante predictor de la sintomatología depresiva por la relación que se tiene entre padres e hijos, particularmente las prácticas parentales, las que se definen como los elementos que utilizan los padres orientados directamente a la socialización del niño o el adolescente (Darling y Steinberg, 1993).

Las prácticas parentales se dividen en dos: apoyo y control. Las prácticas de control, a su vez se divide en dos grandes grupos: control conductual y control psicológico (Andrade, Betancourt, Vallejo, Celis y Rojas 2012).

Tipos

El apoyo se refiere a la conducta mostrada de los padres hacia sus hijos que hace que éstos se sientan cómodos en su presencia, confirmándoles que se les acepta y aprueba como personas, son conductas que se utilizan para confirmarles a los hijos que son aceptados, estimados y respetados, lo cual hace que se sientan confortables en presencia de sus padres (Beltrán y Bueno, 1995). Respecto a la evidencia que hay acerca del efecto que tiene dicho apoyo en la sintomatología depresiva en niños y adolescentes, algunos autores (Au, Lau y Lee, 2009; Benson, Buehler y Gerard, 2008; Betancourt y Andrade, 2012; Branje, Hale, Frijns y Meeus, 2010; Florenzano et al., 2009; McKinney, Donnelly y Renk, 2008) encontraron que los menores que perciben un menor apoyo de sus padres son quienes sufren una mayor sintomatología depresiva.

El control conductual se refiere a la facilidad o dificultad que percibe una persona para llevar a cabo una acción determinada, los límites van a ser marcados por los padres, que utilizan esta estrategia para regular la conducta de sus hijos a través

de la guía y la supervisión de los mismos (EURYDICE, 2004). La evidencia empírica señala que un bajo control conductual –es decir, si los hijos perciben poca supervisión por parte de sus padres– se asocia a la mencionada sintomatología depresiva (Sagestrano, Paikoff, Holmbeck y Fendrich, 2003; Yap, Schwartz, Byrne, Simons y Allen, 2010).

Algunos estudios confirman que cuanto mayor apoyo, comunicación y control conductual sea percibido por los adolescentes, menor será la sintomatología depresiva, y por lo tanto, menor será el peligro de presentar ideaciones suicidas (Andrade, Betancourt, Vallejo, Celis y Rojas 2012).

Por su parte, el control psicológico son las estrategias parentales que implican la manipulación psicológica del hijo, en ésta se incluyen prácticas que interfieren con la autonomía e independencia de los hijos como: devaluación, invalidación de sentimientos, inducción de culpa, chantaje y agresión física y psicológica (Gracia, García y Lila, 2007). El control psicológico caracteriza a los padres que usan mucha presión para que los hijos se comporten de acuerdo a sus normas particulares de concebir la vida. Los resultados de algunos estudios muestran que el control psicológico parental se relaciona de manera positiva con la sintomatología depresiva (Barber y Harmon, 2002; Benson et al., 2008; Kakihara, Tilton Weaver, Kerr y Stattin, 2010; Loukas, 2009; Soenens, Park, Vansteenkiste y Mouratidis, 2012).

Específicamente en México algunos estudios (Andrade, Betancourt y Orozco, 2006; Betancourt, Andrade y Orozco, 2008; Betancourt y Andrade, 2008) se han enfocado al estudio del control parental, y los principales resultados han mostrado que los adolescentes que perciben un mayor control psicológico y un menor control conductual manifiestan niveles mayores de sintomatología depresiva. Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura y Rojas (2012) llevaron a cabo un estudio mediante el cual analizaron el efecto de las prácticas parentales en la sintomatología depresiva en hombres y mujeres adolescentes, y encontraron que la dimensión que mayor varianza explicó fue el control psicológico materno, y que en las mujeres fue mayor el porcentaje de varianza explicada (de 26 a 31%), en comparación con los hombres

(de 6 a 25%). En otro estudio, Betancourt y Andrade (2012) hallaron que las variables que predicen la sintomatología depresiva en las mujeres adolescentes son la autonomía materna y el control psicológico y la comunicación por parte del padre, los que explicaron 15% de la varianza; en los varones, las variables predictoras fueron el control psicológico de ambos padres y la autonomía paterna, que en conjunto explicaron 23% de la varianza. En el estudio Prácticas parentales y sintomatología depresiva en niños (Betancourt, Espadín, García y Guerrero, 2014), se tenía como objetivo analizar el nivel predictivo de las prácticas parentales en la sintomatología depresiva en niños, los resultados mostraron diferencias por sexos; en las niñas, la comunicación paterna, el control conductual materno y la imposición paterna explicaron el 28% de la varianza de la sintomatología depresiva, mientras que en los niños, la comunicación materna y paterna, la imposición paterna y materna y la autonomía materna explicaron 35% de sintomatología depresiva.

De acuerdo con esto, las diferentes investigaciones apoyan el efecto que puede tener las prácticas parentales en la presencia de sintomatología depresiva en los niños y adolescentes; asimismo, indican que existe un efecto diferencial por el sexo tanto del niño como del padre.

Para comprender mejor lo escrito anteriormente, en el siguiente capítulo, se abordará de manera más específica la relación existente entre las prácticas parentales y la ideación suicida.

PRÁCTICAS PARENTALES E IDEACIÓN SUICIDA

Estudiar las prácticas parentales permite analizar cómo es que influye la interacción entre padres e hijos en el desarrollo de niños y adolescentes (Guevara, Cabrera y Barrera, 2007).

En algunas ocasiones los adolescentes se exponen a uno de los fenómenos más complejos el cual es la pérdida de sentido de la vida y, con esto, la aparición de ideas de quitarse la vida para suprimir el dolor psicológico que viven en ciertos momentos. Según algunos datos oficiales, hay un suicidio cada minuto y un intento de suicidio aproximadamente cada tres segundos, por esta razón se considera un problema de salud pública (OMS, 2006).

Se menciona que los países con mayores tasas de suicidio se ubican en Europa, los cuales se encuentran en un rango de 7 a 15 suicidios por cada 100 mil habitantes; seguido por Asia, que para el caso específico de China se calcula entre 16,9 suicidios por 100 mil habitantes, y África, donde se presentan entre 5 y 10 suicidios por 100 mil habitantes (Hernández y Flores, 2011).

En México las tasas pueden considerarse como relativamente bajas, 6.5 por cada 100.000 habitantes, el aumento repentino de este fenómeno entre el año 2000 y 2005 se convirtió en una señal de alarma para analizar a profundidad esta situación y así poder identificar medidas que permitieran un mejor control (Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2010). Entonces, según algunos datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática –INEGI– (García, Sahagún, Ruiz, Sánchez, Tirado y González, 2010), en el año 2005 se registraron 3,553 casos de suicidio, cuya tasa fue 3,4 suicidios consumados por cada 100,000 habitantes en el país, con una distribución de 2,970 (83,6 %) hombres y 583 (16,4 %) mujeres.

Se menciona que en el estado de Colima, algunos datos publicados por INEGI , se registraron 31 casos de suicidio durante el año de la publicación, cuya distribución fue de 25 hombres y 6 mujeres, los cuales fueron ubicados en su mayoría en el rango de edad entre 15 a 24 años (10 casos) y 35 a 44 (10), seguidos de personas con más de 45 años de edad (8) y en menor medida entre 25 a 34, y también un caso que no reportó edad (García et al., 2010).

Como se observa en estos datos sugieren que existen condiciones que pueden estar asociadas a la edad ya que estarían involucradas con mayores grados de vulnerabilidad a la conducta suicida. Este estudio se realizó específicamente en jóvenes adolescentes, esto tomando en cuenta que se ubican en los rangos con mayor riesgo y posibilidades de prevención (Toro, Paniagua, González y Montoya, 2006). Así mismo se considera que en la adolescencia se experimentan situaciones de orden psicológico y ambiental, como el estrés cotidiano, síntomas depresivos, los cambios fisiológicos, exposición a consumo de drogas y alcohol, etc, las cuales podrían asociarse con la predisposición hacia la conducta suicida (Cardozo y Alderete, 2009)

La teoría sobre dicho tema dice que el suicidio consumado tiene inicio en la presencia de ideas o pensamientos relacionados con quitarse la vida. De acuerdo con Beck, Kovacs y Weissman (1979), esta es definida como los “deseos y planes para cometer suicidio sin haber realizado un intento de suicidio recientemente”. Así mismo algunas investigaciones muestran que la ideación suicida tiene una fuerte relación con el intento suicida y el suicidio consumado (Goodwin, Beautrais y Fergusson, 2004; Gmitrowicz, Szymczak, Kotlicka-Antczak y Rabe-Jablonska, 2003; Roberts, Roberts y Chen, 1998).

Acerca de este tema existen varias investigaciones que han tratado de identificar qué variables existen en la presencia de la ideación suicida y que pueden considerarse como factores de riesgo, entre los cuales se ha identificado la depresión, los bajos niveles de autoestima, actitudes disfuncionales, la exposición a eventos de vida negativos y la relación de los adolescentes con sus padres (González-Fortaleza et al., 2002; Estévez, Herrero y Musitu, 2005; Pérez, Rodríguez, Dussán y Ayala, 2007; González, Ramos, Caballero y Wagner, 2003; Chávez, Macías y Palatto, 2004; Rossellò y Berríos, 2004).

De acuerdo con Andrade, Betancourt y Orozco (2006), los preadolescentes que mostraron niveles muy bajos de depresión también presentaron puntajes significativamente más altos en control conductual de ambos padres y puntajes más

bajos en control psicológico materno, comparados con los chicos que presentaron puntajes de depresión más elevados.

Cabe mencionar que la conducta suicida también es relacionada con el debilitamiento de estructuras sociales las cuales sirven de soporte y contención para los sujetos de esta manera pueden hacer frente a los diferentes eventos de la vida. Por lo tanto, la familia constituye una de las estructuras más importantes, y es la base de procesos de desarrollo emocional y social; esta misma estructura es la que se ha modificado sustancialmente con los cambios sociales, por lo cual se ha incrementado la vulnerabilidad de las personas, y especialmente de los adolescentes (Quintanar, 2007).

Sánchez, Guzmán y Cáceres (2005), mencionan que la prevalencia de la ideación suicida es mayor en hogares separados que en aquellos con mayor comunicación familiar, esto mismo coincide con lo planteado por diferentes autores (Pérez et al., 2007; Sarmiento y Aguilar, 2011), los cuales afirman que entre los principales motivos para la ejecución de un intento suicida en adolescentes se encuentran los conflictos familiares y el manejo poco adecuado de estos. Otros autores, Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura y Rojas (2012) han dicho que los adolescentes con depresión severa perciben que sus madres ejercen un alto control psicológico y un bajo control conductual, y esto afecta de manera negativa su desarrollo debido a la discrepancia entre las exigencias de la madre, su comportamiento es expresado bajo reglas o límites y la autonomía que gozan, por lo tanto estos refieren que altos puntajes de control conductual protegen al adolescente del riesgo de presentar algún tipo de problemática. Así mismo, algunos estudios de Meschke, Bartholomae y Zentall (2002) han demostrado que el apoyo, el control y la supervisión parental se constituyen en elementos muy importantes los mismos que funcionan como factores protectores o de riesgo para el desarrollo de comportamientos problemáticos, y también el suicidio en adolescentes. Se encontró en otros estudios que los adolescentes que tenían mayor problema de comunicación, con ambos padres, tenían síntomas depresivos y que los factores de riesgo más prevalentes eran la discusiones familiares, la percepción de desinterés por parte del padre y la

mala comunicación con la madre (Estévez et al., 2005; González et al., 2003; Pons y Berjano, 1997) otras investigaciones (Oliva, 2006; Andrade, 2012; Monge, Cubillas, Román y Abril, 2007) hacen referencia a que los adolescentes cuentan con factores protectores frente al suicidio cuando tienen padres que se muestran afectuosos, comunicativos y les animan a mostrarse autónomos. También se encontró que la comunicación y el apoyo de los padres ayudan mucho a los estilos de vida sanos en la adolescencia (Rodrigo et al., 2004).

En el estudio Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes (Pérez, Uribe, Vianchá, Bahamón, Verdugo y Ochoa, 2013) los autores tuvieron como objetivo determinar en qué medida los estilos parentales predicen la ideación suicida en adolescentes estudiantes de bachilleratos en instituciones públicas en México. Para esto utilizaron la escala de prácticas parentales para adolescentes (PP-A) elaborada por Andrade y Betancourt (2008), que es un instrumento autoaplicable de 80 reactivos, 40 para el papá y 40 para la mamá, con cuatro opciones de respuesta: “nunca”, “pocas veces”, “muchas veces” y “siempre”.

Además, para medir la ideación suicida se utilizó un cuestionario de ocho preguntas que se refieren a ideas de quererse quitar la vida ($\alpha = .85$), por ejemplo: “He tenido ideas de quitarme la vida” y “Pienso que mi vida ha sido un fracaso” (de acuerdo con Borges, Medina y Orozco (2009). Se encontró relación entre los estilos parentales y la ideación suicida, especialmente las mujeres. También se encontró relación significativa entre el control psicológico y la presencia de ideación suicida. La variable que produce mayormente la ideación suicida es el control psicológico materno, la variable afecto y comunicación paterna. Además, el afecto expresado a través de la comunicación y la autonomía con el padre y la madre son fundamentales.

Este estudio ha encontrado una mayor ideación suicida en mujeres (González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003), baja frecuencia de ideación suicida en estudiantes (Medina-Mora, López y Villatoro, 1994), fuerte asociación de baja autoestima y sintomatología depresiva con ideación suicida (Jiménez, Mondragón & González-Forteza, 2000) y relaciones de ideación con conflictos con los padres,

además, se reconoce la influencia de la familia sobre la conducta suicida del adolescente (González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez, 1998).

Pons y Berjano (1997) refieren que los estilos parentales basados en el apoyo y la afectividad, al contrario que los coercitivos y reprobatorios, desarrollan en los hijos confianza en sí mismos, alta autoestima y capacidad de autocontrol. En cuanto al estilo parental, es definido como la constelación de actitudes que los padres asumen frente al niño y que le son comunicadas en una variedad de formas, obteniendo así un clima emocional dentro del cual se expresan las conductas parentales. Por lo tanto, las prácticas parentales son conductas específicas que se orientan a una meta en particular, mediante las cuales los padres desempeñan su papel socializador, como son el monitoreo, los cumplidos, el regaño, entre otros aspectos (Mahecha y Martínez, 2005; Raya, 2008; Florenzano et al., 2011). En cuanto a la relación con los efectos de la conducta parental en el desarrollo social, psicológico y emocional de los hijos, se indica que los hijos de padres afectuosos y cariñosos tienden a ser más independientes, cooperativos, sociables y con mayor confianza en sí mismos; y en el estilo parental caracterizado por constantes manifestaciones de ira, rechazo y agresividad de los padres hacia los hijos se asocia con problemas de salud mental en los adolescentes y problemas que pueden verse reflejados en su edad adulta (García, 2005). Debido a lo anterior es posible afirmar que la familia, y principalmente los padres, son importantes en el desarrollo del adolescente, ya que dependiendo del estilo parental que se haya empleado pueden ser considerados como factor protector para evitar así que los jóvenes se involucren en diversas conductas de riesgo, y una de ellas es el suicidio; problemática que va en incremento en el país, y que, por lo tanto, obliga a los profesionales en salud mental a identificar variables asociadas a este fenómeno (García, 2005).

INVESTIGACIÓN

Justificación

Como ya se mencionó en el marco teórico, la literatura indica que en la adolescencia los jóvenes se involucran en conductas de riesgo, que son aquellos comportamientos que pueden dañar la salud, el bienestar y el desarrollo de los individuos, entre las cuales se encuentran el consumo de drogas legales e ilegales, conducta sexual no protegida, intento de suicidio, etc.

La ideación suicida y el suicidio consumado son una de las conductas de riesgo que se encuentran cada vez más presentes en la sociedad y afectan principalmente a los adolescentes.

Por otro lado, se sabe que los padres tienen una gran influencia sobre el desarrollo de sus hijos. Se ha demostrado que las prácticas parentales pueden actuar como un importante factor protector para las conductas de riesgo en adolescentes, lo que, por supuesto incluye la ideación suicida, por lo cual se considera importante estudiar cómo las prácticas parentales que se utilizan para educar a los jóvenes, pueden estar relacionadas con la presencia de conductas de riesgo, específicamente con la ideación suicida.

Pregunta de investigación

¿Existe relación significativa entre las prácticas parentales y la ideación suicida en adolescentes?

¿Existen diferencias entre hombres y mujeres con respecto a las prácticas parentales y la ideación suicida?

Objetivo general

Determinar si existe una relación significativa entre las prácticas parentales y la ideación suicida en adolescentes.

Determinar si existe una diferencia significativa por sexo entre las practicas parentales y la ideación suicida

Objetivos específicos

Describir cómo es la ideación suicida en los adolescentes

Determinar si existe diferencia significativa en el sexo del adolescente con respecto al control conductual, el control psicológico, apoyo y autonomía.

Determinar si existe diferencia significativa en la ideación suicida con respecto al sexo de los adolescentes.

Hipótesis de trabajo

Existe relación significativa entre las prácticas parentales y la ideación suicida en adolescentes.

Existe diferencia significativa por sexos entre las practicas parentales y la ideación suicida

Hipótesis nula

No existe relación significativa entre las prácticas parentales y la ideación suicida en adolescentes.

No existe relación significativa por sexos entre las prácticas parentales y la ideación suicida

Definición de variables

Ideación suicida

- Definición conceptual: presencia de deseos de muerte y de pensamientos persistentes de querer matarse (Doménech y Baños, 2005).
- Definición operacional: puntuación en la Escala de Ideación Suicida que está conformada por los cuatro reactivos de la Escala de Ideación Suicida de Roberts (1980) y cuatro reactivos del Cuestionario sobre Tendencia Suicida de Wilburn y Smith (2005) (según lo propuesto en Sarmiento y Aguilar, 2011). A mayor puntaje en la escala, mayor será la presencia de la variable en el adolescente.

Prácticas parentales:

- Apoyo:

Definición conceptual: se refiere a la conducta mostrada de los padres hacia sus hijos que hace que éstos se sientan cómodos en su presencia, confirmándoles que se les acepta y aprueba como personas, son conductas que se utilizan para confirmarles a los hijos que son aceptados, estimados y respetados, lo cual hace que se sientan confortables en presencia de sus padres (Beltrán y Bueno, 1995).

Definición operacional: puntuación en la Escala de Prácticas Parentales que contiene una subescala que se refiere al apoyo en papá y mamá, donde a mayor puntaje obtenido en la subescala, mayor será la percepción de apoyo del adolescente

- Control conductual:

Definición conceptual: se refiere a la facilidad o dificultad que percibe una persona para llevar a cabo una acción determinada, los límites van a ser marcados por los padres, que utilizan esta estrategia para regular la conducta de sus hijos a través de la guía y la supervisión de estos (EURYDICE, 2004).

Definición operacional: puntuación en la Escala de Prácticas Parentales que contiene una subescala que se refiere a papá y mamá, donde a mayor puntaje obtenido en la subescala, mayor será la percepción de control conductual del adolescente

- Control psicológico:

Definición conceptual: son las estrategias parentales que implican la manipulación psicológica del hijo, en ésta se incluyen prácticas que interfieren con la autonomía e independencia de los hijos como: devaluación, invalidación de sentimientos, inducción de culpa, chantaje y agresión física y psicológica (Gracia, García y Lila, 2007).

Definición operacional: puntuación en la Escala de Prácticas Parentales que contiene una subescala que se refiere al control psicológico en papá y mamá, donde a mayor puntaje obtenido en la subescala, mayor será la percepción de control psicológico del adolescente

Diseño

Tipo de estudio: Correlacional.

Diseño: de campo transeccional.

MÉTODO

Participantes:

Participaron en total 200 adolescentes, estudiantes de preparatoria ubicada al sur de la Ciudad de México.

78 hombres y 122 mujeres con edades de 15 a 20 años, con una media de 16.4 años y desviación típica de 1.5 años.

Como se puede observar en la figura 1, la mayoría de los adolescentes vivían con ambos padres (62.5%), seguidos de quienes vivían sólo con mamá (28.5%), seguidos de quienes vivían con “otros” que son personas que cumplían la función de padres sin serlo biológicamente, que podían ser tíos, abuelitos o algún otro familiar (7.5%) y por último, los que vivían solo con papá (1.5%)

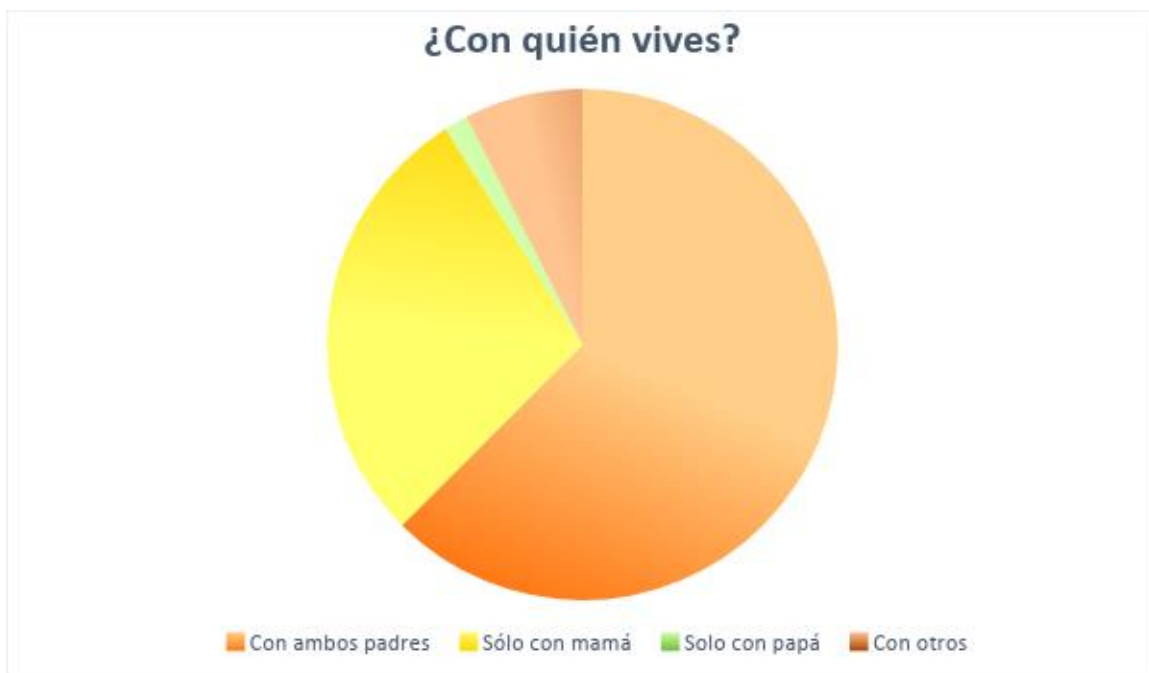


Figura 1. Distribución estadística acerca de con quién viven los adolescentes.

Instrumentos:

- **Escala de Ideación Suicida.** Esta escala evalúa las ideas sobre la posibilidad de hacerse daño a sí mismo y de producirse la propia muerte. Está conformada por los cuatro reactivos de la Escala de Ideación Suicida de Roberts (1980) y cuatro reactivos del Cuestionario sobre Tendencia Suicida de Wilburn y Smith (2005) (según lo propuesto en Sarmiento y Aguilar, 2011). Las opciones de respuesta indican el número de días durante los cuales se tuvieron ideas suicidas en la última semana: 1 = 0 días; 2 = 1-2 días; 3 = 3-4 días y 4 = 5-7 días e incluye ítems como “Sentía que mi familia estaría mejor

si yo estuviera muerto” y “Pensé en matarme”. La confiabilidad de la escala de ocho reactivos es de .91 y cuenta con una validez concurrente.

- **Escala de prácticas parentales para adolescentes (PP-A)** elaborada por Andrade y Betancourt (2008). Es un instrumento autoaplicable. Contiene dos subescalas, de 40 reactivos cada una, que a su vez están divididas por factores, cinco factores para mamá:

Tabla 3.

Dimensiones de medición para la mamá de la Escala de Prácticas Parentales para adolescentes

F.1 Comunicación	Alpha= 0.92
“Platica conmigo como buenos amigos”	
“Me ayuda en mis problemas”	
F.2 Autonomía	Alpha= 0.86
“Respeto las decisiones que tomo” “Me deja tomar mis propias decisiones”	
F.3 Imposición	Alpha= 0.81
“Me impone sus pensamientos” “Me impone su manera de ser”	
F.4 Control psicológico	Alpha= 0.80
“Me hace sentir que soy un inútil” “Me dice que soy un mal hijo”	
F.5 Control conductual	Alpha= 0.84
“sabe a dónde estoy cuando salgo por la noche” “Le digo lo que hice, cuando salgo y regreso a casa”	

Y cuatro factores para papá:

Tabla 4.

Dimensiones de medición para el papá de la Escala de Prácticas Parentales para adolescentes

F.1 Comunicación/ Control	Alpha= 0.97
Conductual	
“Platica conmigo sobre todo lo que hago” “Me dedica tiempo para platicar”	
	Alpha= 0.94
F.2 Autonomía	
“Me deja tomar mis propias decisiones” “Me deja hacer mis propios planes acerca de las cosas que quiero”	
F.3 Imposición	Alpha= 0.90
“Me impone su manera de pensar” “Me impone las cosas que él piensa”	
	Alpha= 0.90
F. 4 Control psicológico	
“Me culpa por todo lo que sucede” “Me hace sentir que soy un inútil”	

Cuenta con cuatro opciones de respuesta: “nunca”, “pocas veces”, “muchas veces” y “siempre”.

Procedimiento

Se pidió autorización a los directivos del bachillerato que se encuentra en el sur de la CDMX, una vez que éste fue otorgado, se permitió el ingreso a las aulas, donde se les ofreció información a los alumnos y alumnas referente a los propósitos de la investigación, se realizó la aplicación de manera grupal; asimismo, se les pidió la colaboración en el estudio y se les garantizó el anonimato total y la confidencialidad de los datos, para lo cual se les solicitó que respondieran de forma sincera, explicándoles que sus respuestas se utilizarían para fines estadísticos y de investigación, solamente. De igual manera, se ayudó a los adolescentes que tuvieran alguna duda. La aplicación se llevó a cabo en el plantel en el horario de clase, el tiempo de respuesta de los cuestionarios fue de aproximadamente 30 minutos.

Análisis de resultados

En primer lugar, se realizó un análisis de frecuencias con el objetivo de saber cómo es la ideación suicida en los adolescentes de esta muestra, estos datos se pueden observar en la tabla 5.

Tabla 5.

Análisis de frecuencias de la ideación suicida

DIMENSIÓN	PUNTUACIÓN MÍNIMA	PUNTUACIÓN MÁXIMA	MEDIA (DESVIACIÓN ESTÁNDAR)
Ideación suicida	0	26	17.59 (6.543)

Después se realizó una Prueba t para muestras independientes, con el fin de conocer si existen diferencias significativas por sexo en los participantes, lo cual se observa en la tabla 6.

Tabla 6.

Prueba t para analizar las diferencias de las prácticas parentales entre hombres y mujeres

	Media (Desviación estándar)		<i>t</i>	<i>gl</i>	Nivel de <i>s</i>
	Hombres	Mujeres			
Comunicación con la mamá	29.64 (7.616)	29.99 (7.616)	-.316	198	.752
Autonomía de la mamá	22.90 (6.155)	23.56 (6.019)	-.750	198	.454
Imposición de la mamá	20.25 (9.327)	21.38 (10.435)	-.842	198	.401
Control psicológico de la mamá	15.49 (5.750)	16.51 (6.864)	-1.091	198	.276
Control conductual de la mamá	22.83 (6.012)	24.50 (5.601)	-1.994	198	.047
Comunicación y control conductual del padre	25.06 (16.175)	28.07 (17.884)	-1.201	198	.231
Autonomía del padre	18.83 (9.294)	20.06 (9.780)	-.161	198	.872
Imposición del padre	13.10 (6.365)	13.19 (6.896)	-.089	198	.930
Control psicológico del padre	11.15 (5.798)	10.70 (5.558)	.548	198	.584
Ideación suicida	16.92 (6.484)	18.01 (6.573)	-1.145	198	.254

No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones de Prácticas parentales, a excepción del Control conductual de la mamá por los puntajes obtenidos ($t = -1.994$, $p = .047$), se observa que las mujeres perciben un mayor control conductual por parte de su mamá, mientras los hombres lo perciben en menor medida.

En cuanto a la dimensión de ideación suicida los hombres y las mujeres puntuaron de manera similar, por lo tanto, se puede decir que hombres y mujeres piensan de manera similar sobre la ideación suicida.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson para encontrar relaciones significativas entre las dimensiones de estudio (Tabla 7).

Tabla 7.

Correlación de Pearson entre prácticas parentales e ideación suicida

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Comunicación de la mamá	1	.501**	-.180*	-.235**	.379**	.099	.162*	-.023	-.027	.062
2. Autonomía de la mamá		1	.459**	.352**	.717**	-.054	.104	.015	.053	.166**
3. Imposición de la mamá			1	.846**	.593**	-.206**	-.046	.152*	.207**	.278**
4. Control psicológico de la mamá				1	.449**	-.192**	-.050	.098	.188**	.284**
5. Control conductual de la mamá					1	-.075	.093	.158*	.166*	.262**
6. Comunicación y control conductual del padre						1	.786**	.348**	.168*	-.326**
7. Autonomía del padre							1	.508**	.444**	-.190**
8. Imposición del padre								1	.807**	.007
9. Control psicológico del padre									1	.110
10. Ideación suicida										1

* $p < .05$

** $p < .001$

Se encontraron diversas relaciones significativas, significativas entre la mamá y el papá, por ejemplo, a mayor imposición de la madre, mayor será la percepción del adolescente en cuanto al chantaje por parte del padre.

También se encontró una relación significativa entre la mamá, el papá y la ideación suicida, por ejemplo, a mayor autonomía percibida por el adolescente en cuanto a la mamá, mayor será la probabilidad de ideación suicida, en cuanto al padre y la autonomía, el adolescente tiende a presentar pensamientos de ideación suicida si el padre tiene menos autonomía hacia el adolescente.

De igual manera se encontró que existen relaciones significativas positivas en cuanto a la imposición de la mamá, el control psicológico, control conductual y la ideación suicida, es decir que si estas variables son mayores, el resultado en cuanto a la ideación suicida será positivo, es decir, existirá la probabilidad de presentarla.

Y por último se observa que existe una relación significativa negativa entre la comunicación y control conductual del padre y la ideación suicida, lo que significa que a menor sea la comunicación y control conductual del padre, menor será la probabilidad de presentar la ideación suicida.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal del presente trabajo fue determinar si existe una relación significativa entre las prácticas parentales y la ideación suicida en adolescentes.

De acuerdo con Castañeda (2003), las personas del sexo masculino cometen más suicidios consumados (18%), en proporción con el sexo femenino (4%), en cambio, el sexo femenino presenta mayor ideación suicida en comparación con el sexo masculino, Betancourt, Espadín, García y Guerrero (2014), encontraron que los trastornos depresivos se presentaban con una mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres, sin embargo, en esta investigación se encontró que hombres y mujeres presentan ideación suicida de manera muy similar, no obstante, cabe mencionar que éstas últimas obtuvieron un puntaje ligeramente más elevado que el de los hombres (18.01 y 16.92, respectivamente).

Algunos autores (Angold, Erkanli, Silberg, Eaves y Costello, 2002; Bagrado, Carrasco, Sánchez, Bersabe, Loriga y Monsalve, 1995; Bongers, Koot, van der Ende y Verhulst, 2003; Twenge y Nolen-Hoeksema, 2002; Keiley, Lofthouse, Bates, Dodge y Pettit, 2003), han encontrado que la sintomatología depresiva y la ideación suicida suelen mantenerse estables mientras menor sea la edad del adolescente, estos datos coinciden con los obtenidos en esta investigación, ya que se encontró una relación negativa significativa entre la edad y la ideación suicida del adolescente, es decir, a menor edad, mayor ideación suicida presenta el mismo y viceversa.

Por lo que se refiere a la relación entre control conductual y depresión, se encontró que entre mayor sea el control conductual materno percibido mayor será la ideación suicida, por el contrario, mientras mayor sea el control conductual paterno percibido menor será la presencia de ideación suicida en el adolescente, de acuerdo con esto, la evidencia empírica señala que un bajo control conductual percibido por el adolescente, es decir, poca supervisión de los padres hacia las actividades que realizan sus hijos, se asocia negativamente a la sintomatología depresiva (Sagestrano, Paikoff, Holmbeck y Fendrich, 2003). La baja supervisión incide negativamente sobre la sintomatología depresiva en los jóvenes (Yap, Schwartz,

Byrne y Simmons, 2010; Waizenhofer, Buchanan y Newson, 2004), Hamza y Willoughby (2011), dicen que es importante analizar la forma en que los padres supervisan o tienen conocimiento de las actividades que realizan sus hijos, pues no es lo mismo que los jóvenes compartan espontáneamente la información con sus padres a través de una charla, a que éstos la soliciten o la demanden directamente al adolescente, por lo cual se realizó un estudio sobre la comunicación entre los padres y adolescentes y su relación con la ideación suicida, donde se encontró que entre más y mejor estén comunicados los adolescentes con sus padres, es decir, que les confíen sus actividades, problemas, relaciones interpersonales, etc., menor será la presencia de sintomatología depresiva, lo cual se traduce en una menor ideación suicida. De la misma forma, en la presente investigación se encontró que entre mayor sea la comunicación de los padres con los adolescentes, menor será la ideación suicida presentada en los chicos.

La dimensión de control psicológico ha recibido especial atención en los últimos años en relación con la sintomatología depresiva en los adolescentes, ya que en ésta incluye prácticas que interfieren con la autonomía e independencia de los hijos como: devaluación, invalidación de sentimientos, inducción de culpa, chantaje y agresión física y psicológica. Los resultados de algunos estudios realizados muestran que el control psicológico parental, específicamente el materno, se relaciona de forma positiva con la sintomatología depresiva (Benson, Buehler y Gerard, 2008; Kakihara, Tilton-Weaver, Kerr y Stattin, 2010; Soenens, Park, Vansteenkiste y Mouratidis, 2011), de acuerdo con esto la presente investigación arrojó que, en efecto, entre mayor sea el control psicológico materno mayor será la ideación suicida presentada por el adolescente.

En cuanto al efecto del apoyo parental en la sintomatología depresiva, varios estudios señalan que los adolescentes que reportan niveles más altos de sintomatología depresiva perciben menor calidad en la relación con sus padres y mayor rechazo, es decir, existe una mayor imposición, un mayor control conductual y psicológico percibido por los adolescentes, lo cual los hace sentir distanciados emocionalmente y no aceptados por sus padres (Allen, Insabella, Porter y Smith,

2006, Sheeber, Davis, Leve y Hops, 2007), de acuerdo con esto, se encontró una relación significativa positiva entre la ideación suicida y la imposición materna y el control conductual materno, lo cual quiere decir que entre mayor imposición y control conductual perciban por parte de su mamá, mayor será la ideación suicida que presentarán los adolescentes.

Los chicos y chicas que perciben más afecto en sus padres y además tienen un mayor grado de comunicación y autonomía por parte de ellos, han demostrado un mejor desarrollo emocional, y un mejor ajuste conductual, lo cual se traduce, entre otras cosas, a menor sintomatología depresiva y, por lo tanto, menor ideación suicida (Parra, Oliva y Sánchez-Queija, 2004). De acuerdo con esto, se encontró que entre mayor autonomía paterna perciban los adolescentes, menor ideación suicida presentarán. Por el contrario, a mayor autonomía materna sea percibida, mayor será la ideación suicida presentada en el adolescente, se cree que la razón de esto puede ser que al dejarlos ser más independientes y autónomos, los adolescentes lo perciban como abandono o falta de interés hacia ellos y lo que pueda pasarles.

De igual manera, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones de Prácticas parentales con respecto al sexo del adolescente, a excepción del Control conductual materno donde los hombres obtuvieron un puntaje más elevado en comparación con el de las mujeres y que resultó con .047 de significancia, lo que quiere decir que las mujeres perciben un mayor control conductual por parte de su mamá, mientras los hombres lo perciben en menor medida. Esto puede deberse a ciertos factores de la sociedad y el medio en donde se desenvuelven, donde las mujeres son más controladas, debido a que puede creérseles más “débiles” o “frágiles”. De acuerdo con Foster, Kuperminc y Price (2004), cuando los jóvenes entran a la etapa de adolescencia, se les comienza a exigir que cumplan con ciertos roles ante las personas para poder ser aceptados socialmente, por lo que a esto podría deberse que las mujeres perciban un mayor control conductual por parte de sus padres, ya que se espera una mejor conducta por parte del sexo femenino, más que del masculino.

Con respecto a la edad, Santacruz, Gómez, Posada y Viracachá (1995), afirman que los jóvenes de entre los 16 y 21 años muestran los más altos índices de depresión en comparación con otros rangos mayores de edad, lo cual concuerda con lo encontrado en esta investigación, ya que los resultados arrojaron una relación negativa significativa entre la edad y la ideación suicida lo cual significa que entre menor edad tenga el adolescente, mayor será la ideación suicida que presentará.

Se encontró una relación negativa significativa entre la edad de los adolescentes y la autonomía materna, la imposición materna, el control psicológico materno, el control conductual materno, la imposición paterna y el control psicológico paterno, lo que quiere decir, que a mayor edad del adolescente, habrá una percepción mayor de las variables anteriores, de acuerdo con esto, Cámara y Bosco (2011), realizaron un estudio sobre los estilos de educación en el ámbito familiar y uno de los factores que los autores tomaron en cuenta fue la edad de los hijos, entre otras cosas, los padres respondieron que entre más grandes perciben ellos a sus hijos lo que esperan es que ellos mismos resuelvan solos sus problemas y mientras más pequeños sean los hijos, mayor necesidad sienten de imponerse y controlar la situación.

En conclusión las prácticas parentales se puede interpretar como influencia en cuanto a la ideación suicida, pero también se interpreta que conforme los adolescentes pasan por el proceso del desarrollo físico y emocional pueden llegar a tener ideación suicida, necesitan apoyo de la sociedad para no caer en estos pensamientos de igual manera los padres de los adolescentes deben ser más comunicativos con los adolescentes y tener más confianza para poder percibir cualquier cambio emocional con sus hijos.

REFERENCIAS

- Aláez, F. Martínez-Arias & Rodríguez-Sutil. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4): 525-532. En: www.psicothema.com/psicothema.asp?id=367
- Aláez, M. & Antona, A. (2003). *Adolescencia y salud. Papeles del psicólogo*, 23(84), 45-53.
- Allen, J., Insabella, G., Porter, M. & Smith, F. (2006). *A social–interactional model of the development of depressive symptoms in adolescence. Consult Clin Psychol*, 74:55–65.
- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Andrade, J. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 688-721.
- Andrade. P., Betancourt, D. & Camacho, M. (2003). *Ambiente familiar de adolescentes que han intentado suicidarse*. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, XIX, 1, 55-64.
- Andrade, P. & Betancourt, O. (2008). *Prácticas parentales: una mediación integral. La psicología social en México*, 12, 561-656.
- Andrade, J. (2012). *Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes*. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 688-721.
- Andrade P., Betancourt O. & Orozco M. (2006). Control parental y depresión en niños. En: Sánchez AR, Díaz-Loving R, Rivera AS (eds). *La psicología social en México XI*. México: AMEPSO
- Andrade, P., Betancourt, D., Vallejo, A., Segura, B. & Rojas, R. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Revista Salud Mental*, 35(1), 29-36.

- Angold, A., Erkanli, A., Silberg, J., Eaves, L. & Costello, E. (2002). *Depression scale scores in 17-year-olds: Effects of age and gender. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(8), 1052-1063.
- Au, A., Lau, S. & Lee, M. (2009). *Suicide ideation and depression: the moderation effects of family cohesion and social self-concept. Adolescence*, 44, 851-868.
- Awuapara, F. & Valdivieso, V. (2013). *Características bio-psicosociales del adolescente. Odontología y pediatría*. Vol. 12(2), pp. 119-128.
- Bagrado, C., Carrasco, I., Sánchez, B., Bersabe, R., Loriga, A. & Monsalve, T. (1995). *Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares. Clínica y Salud*, 6(1), 67-82.
- Barber, B. (1996). *Parental psychological control: revisiting an neglected construct. Child development*, 67 (1), 3296-3319.
- Barber, B. & Harmon, E. (2002). *Violating the self: parental psychological control in children and adolescents. En B. K Barber (Ed.), Intrusive parents how psychological parental affect children and adolescents, 15-52*. Washington DC: American Psychological association.
- Barkmann, C. & Schulte- Markwort, M. (2005). Emotional and behavioral problems of children and adolescents in Germany. An eoidemiological screening. *Soc Psychiatry Epidemiol.* 40(5): 357-366. DOI: 10.1007/s00127-005-o904-3
- Beautrais A & Mishara B. (2007). *World suicide prevention: suicide prevention across trie life span. Crisis.* 2007;28:57-60.
- Beck, A. (1972). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A., Kovacs, M. & Weissman, M. (1979). *Assesment of suicidal intent; the scale for suicide ideation. Jouirnal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343-352.
- Beltrán, L. & Bueno, A. (1995). *Psicología de la educación*. Barcelona: Marcombo/Boixares Universitaria
- Benson, M., Buehler, C. & Gerard, J. (2008). *Interparental hostility and early adolescent problem behavior. Early Adolescence*, 28:428–454.

- Bernad, C. (2000). Psicopatología del adolescente. En H. Montenegro & H. Guajardo (Eds), *Psiquiatría 31 Revista Colombiana de Psicología Adolescencia y depresión del niño y del adolescente* (pp. 357-365). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Betancourt, O., Espadín, B., García, R. & Guerrero, B. (2014). *Prácticas parentales y sintomatología depresiva en niños. Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19 (2).
- Betancourt O., D. y Andrade P., P. (2012). Las prácticas parentales como recursos familiares que modulan la sintomatología depresiva en adolescentes. Uaricha, *Revista de Psicología*, 9(19), 34-45.
- Bobes, G., Saiz, G., Pilar, A., García, P., María, P. & Bascaran, F. (2004). *Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars médica
- Bolghan–Abadi, M. Kimiaee, S. & Amir, F. (2011). *The relationship between parent's styles and their children's quality of life and mental health. Psychology*, 2:230–234.
- Bongers, I. Koot, H. van der Ende, J. & Verhulst, F. (2003). *The normative development of child and adolescent problem behavior. Journal of Abnormal Psychology*, 112(2), 179-192.
- Borges, G., Medina-Mora, M. & Orozco, R. (2009). *Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. Revista salud pública*, 32 (5), 413-425.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. & Medina-Mora, M. (2010). *Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Revista Salud Pública*, 52(4), 292-304.
- Branje, S., Hale III, W., Frijns, T. y Meeus, W. (2010). Longitudinal associations between perceived parent-child relationship quality and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 751-763.
- Brausch, A., & Gutierrez, P. (2010). *Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. Journal of Youth Adolescence*, 39, 233- 242. doi: 10.1007/s10964-009-9482-0.

- Brent D. (2007). *Antidepressants and Suicidal Behavior: Cause or Cure? Am J Psychiatry*;164:989-92.
- Cámara, Á. & López, B. (2011). Estilos de educación en el ámbito familiar. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 22 (3), 257-276.
- Calvillo, C. (2016). *Factores psicológicos en el adolescente que causan ideación suicida al sufrir de bullying y violencia familiar*. Tesina para obtener el título de Lic. en Psicología.
- Cantoral, G., Méndez, M., & Nazar, A. (2002). *Depresión en adolescentes. Un análisis desde la perspectiva de género*. *Revistas Ecosur*.
- Castañeda, A. (2003). *Características psicosociales del adolescente parasuicida*. Instituto de salud del niño. Recuperado de: http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?textos=art31001
- Cardozo, G. & Alderete, A. (2009). *Adolescentes en riesgo psicosocial y adolescencia*. *Revista Psicología desde el Caribe (Universidad del Norte)*, 23, 148-182.
- Carvajal, G. & Caro, C. (2009). *Ideación suicida en la adolescencia: una explicación desde tres variables asociadas en Bogotá*. *Colombia Médica*. 42 Supl 1:45-56.
- Chávez, A., Macías, L. F. & Palatto, H. (2004). *Epidemiología del suicidio en el estado de Guanajuato*. *Revista Salud Mental*, 27(2), 15-20.
- Checklist: Youth version (PCL:YV). *Tesis para Magíster, Universidad de La Frontera*, Temuco, Chile.
- Cheng, Y., Tao, M., Riley, L., Kann, L., Ye, L., Tian, X., Tian, B., Hu, J. & Che, D. (2009). *Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behavior*. *Child: care, health and development*, 35, 313-322. doi:10.1111/j.1365-2214.2009.00955.x
- Christiansen, E., & Frank, B. (2007) *Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide; a register-based survival analysis*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 257-265.

- Córdoba, O., Rosales, P. & Eguiluz, R. (2005). La didáctica constructiva de una escala de desesperanza: resultados preliminares. *Enseñanza e investigación en psicología*. 10 (2): 311-324.
- Cubillas, M., Román, R., Valdez, E. y Galaviz, A. (2012). *Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. Salud Mental*, 35, 1, 45-50.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). *Parenting style as context: An integrative model. Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Dave, D. & Rashad, I. (2009). *Overweight status, self-perception, and suicidal behavior among adolescents. Social Science & Medicine*, 68, 1685-1691. doi:10.1016/j.socsimed.2009.02.015
- Del Bosque, G. (2006). *Conducta suicida y adolescencia. Departamento de psiquiatría, Hospital Infantil de México Federico Gómez, México, D. F., México*. 63 (4), 221-222.
- D'Augelli AR. *Factores del desarrollo, contextuales y de salud mental entre jóvenes lesbianas, gays y bisexuales*. En: Omoto A, Kurtzman HS. *Orientación sexual y salud mental (Trad.)*. México: Manual Moderno; 2008. p. 35-49.
- Dave, D. & Rashad, I. (2009). *Overweight status, self-perception, and suicidal behavior among adolescents. Social Science & Medicine*, 68, 1685-1691. doi: 10.1016/j.socsimed.2009.02.015
- Dio Bleichamar, E.& Narro, R.(1992). *La Depresión en la Mujer. Temas de Hoy*. Psicoterapia Antidepresiva. Trillas, México.
- Dori, G., & Overholser, J. (1999). *Depression, hopeless, and self-esteem: accounting for suicidality in adolescents psychiatric inpatients. Suicide and LifeThreatening Behavior*, 29, 4, 309-318.
- Doménech, E. (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Expas.
- Doménech, L. & Baños, I. (2005). *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Eguiluz, L. (1995). *Estudio exploratorio de la ideación suicida entre los jóvenes. Memorias del XV Coloquio de Investigación, Iztacala, UNAM*; 121-130.
- Estévez, E., Herrero, J. & Musitu, G. (2005). *El rol de la comunicación familiar y del*

- ajuste escolar en la salud mental del adolescente. Revista Salud Mental, 28(4), 81-89.*
- EURYDICE (2004). *Glosario europeo sobre educación*, 1. Madrid: Secretaría General Técnica, Subdirección General de Información y Publicaciones.
- Florenzano, R., Valdés, M., Cáceres, E., Santander, S., Aspillaga, C. & Musalem, C. (2011). *Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. Revista Médica de Chile, 139, 1529-1533.*
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2006). *La adolescencia. Vigía de los derechos de la niñez y la adolescencia mexicana. 2(3). Pp 2-15.*
- Foster, J., Kuperminc, G. & Price, A. (2004). *Gender differences in posttraumatic stress and related symptoms among inner-city youth exposed to community violence. Journal of Youth and Adolescence, 33(1), 59-69*
- Estévez, E., Herrero, J. & Musitu, G. (2005). *El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. Revista Salud Mental, 28(4), 81-89.*
- García, A. (2005). *La integración de los padres en los procesos educativos escolares. Revista Educación y Futuro, 12, 11-50*
- García, J. & Peralta, V. (2002). *Suicidio y riesgo de suicidio. Anales San Navarra Unidad de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino, Pamplona. 25 (3), 87-96.*
- García, A., Rodríguez, K. & Córdova. (2008). *Factores motivacionales protectores de la depresión y el consumo de drogas. Salud Mental, 31 (6), 453-459.*
- García, I., Sahagún, J., Ruiz, A., Sánchez, G., Tirado, J. & González, J. (2010). *Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. Revista Salud Pública, 15(5), 713-721*
- Garlow, S., Rosenberg, J., Moore, J., Haas, A., Koestner, B., Hendin, H. y Nemeroff, C. (2008). *Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American foundation for suicide prevention college screening project at emory University. Depression And Anxiety 25, 482-488.*
DOI 10.1002/da.20321.
- Glantz, M. & Pickeens, R. (1992). *Transitions in drug use: Risk and protective*

- factors*. In: editors. Vulnerability to drug abuse (pp. 15-51). Washigton (DC): American Psychological Association.
- Grace, C. & Don, B. (2009). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall.
- Gracia, E., Fuentes, M. C. y García, F. (2010). Barrios de riesgo, estilos de socialización parental y problemas de conducta en adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 265-278. [http:// dx.doi.org/10.5093/in2010v19n3a7](http://dx.doi.org/10.5093/in2010v19n3a7)
- Goodwin, R., Beautrais, A. & Fergusson, D. (2004). *Familiar transmission of suicidal ideation and suicide attempts: evidence from a general population sample*. *Psychiatry Research*, 26(2), 159-165.
- Gómez C. (2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, vol. 10, núm. 2, julio-diciembre, 2008, pp. 105-122 Universidad Intercontinental Distrito Federal, México
- González, C., García, G., Medina, M. & Sánchez, M. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 21, 1-9.
- González, C., Ramos, L., Caballero, M. A. & Wagner, F. A. (2003). *Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos*. *Revista Psicothema*, 15(4), 524-532.
- González, C., Villatoro, V., Alcántar, E., Medina, M., Fleiz, B., Bermúdez, L. & Amador, B. (2002). *Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000*. *Revista Salud Mental*, 25 (6), 1-12.
- González, F., Jiménez, T., Ramos, L. & Wagner, E. (2008). *Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México*. *Salud Pública en México*. 5 (4), 292-299.
- González, C., Ramos, L., Caballero, M. A. & Wagner, F. A. (2003). *Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos*. *Revista Psicothema*, 15(4), 524-532.
- Gmitrowicz, A., Szymczak, W., Kotlicka-Antczak, M. & Rabe-Jablonska, J. (2003).

- Suicidal ideation and suicide attempt in polish adolescents: is it a suicidal process? International Journal of Adolescence Medical Health*, 15(2), 113-124.
- Guevara, M., Cabrera, G. & Barrera, C. (2007). Factores Contextuales y Emociones. Morales como Predictores del Ajuste Psicológico en la Adolescencia *Universitas Psychologica*, vol. 6, núm. 2, mayo-agosto, 2007, pp. 269-283 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia.
- Gutiérrez, M., Fernández, F., Jiménez, M., Gutiérrez, J. & Tamayo, O. *Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo*. MEDISAN [serie en internet]. 2008 [citado 24 de Julio del 2009];13(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san05109.htm
- Hacker, K., Suglia, S., Fried, L., Rappaport, N., & Cabral, H. (2006). *Developmental differences in risk factors for suicide attempts between ninth and eleventh grades. Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 2, 154-161.
- Hamza, C. & Willoughby, T. (2011). *Perceived parental monitoring, adolescent disclosure, and adolescent depressive symptoms: A longitudinal examination. Youth Adolescence*, 40:902–915.
- Hernández, H. & Flores, R. (2011). *El suicidio en México. Revista Papeles de población*, 17(68), 69-101. : 10.1007/s00127-008-0352-y
- Hidaka, Y., Operario, D., Takenaka, M., Omori, S., Ichikawa, S., & Shirasaka, T. (2008). *Attempted suicide and associated risk factors among youth in urban japan. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43, 752-757. doi: 10.1007/s00127-008-0352-y
- Hintikka, J., Koivumaa-Honkanen, H., Lehto, S., Tolmunen, T., Honkalampi, K., Haatainen, K. & Viinamaki, H. (2009). *Are factors associated with suicidal ideation true risk factors? A 3-year prospective follow-up study in a general population. Sociological Psychiatric Epidemiology*, 44, 29-33. DOI 10.1007/s00127-008-0401-6.
- Hoyos Z., Lemos H. & Torres de Galvis, Y. (2012). Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín

- International Journal of Psychological Research, vol. 5, núm. 1, enero-junio, 2012, pp. 109-121 Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia.
- Hvid, M., & Wang, A. (2009). *Preventing repetition of attempted suicide-I. Feasibility (acceptability, adherence and effectiveness) of a Baerum-model like aftercare. Nord J Psychiatry*, 63, 148-153. Oslo. ISSN 0803-9488.doi:10.1080/08039480802423022
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017_Nal.pdf
- Jimenez, J., Mondragon, L. & Gonzalez, F.: Autoestima y sintomatología depresiva en la ideación suicida. En: La Psicología Social en México. AMEPSO, Vol. VIII:185-191, México, 2000.
- Kakihara, F., Tilton–Weaver, I., Kerr, M. & Stattin, H. (2010). *The relationship of parental control to youth adjustment: Do youths' feelings about their parents play a role? Youth Adolescence*, 39:1442–1456.
- Keiley, M. Lofthouse, N., Bates, J. Dodge, K. & Pettit, G. (2003). *Differential risks of covarying and pure components in mother and teacher reports of externalizing and internalizing behavior across ages 5 to 14. Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(3), 267-283.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Loukas, A. (2009). Examining temporal associations between perceived maternal psychological control and early adolescent internalizing problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(8), 1113-1122.
- Louro I. (1997). *Familia, salud y enfermedad*. Tesis para especialista en psicología de la salud. MINSAP.
- Mahecha, J. & Martínez, N. (2005). *Conductas parentales y perfil sociofamiliar en estratos socioeconómicos bajos de Bogotá. Revista Suma Psicológica*, 12(2), 175-195.
- Mardomingo, M. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente: Método*,

- fundamentos y síndromes*. Madrid: Díaz de Santo.
- Méndez, S., Andrade, P. & Peñaloza, G. (2013). *Prácticas parentales y Capacidades y dificultades en preadolescentes*. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. Vol. 15(1), pp. 99-118.
- Méndez, P. (2008). *Control parental psicológico y problemas internalizados y Externalizados en niños y niñas (para obtener el grado de licenciatura en psicología)*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Méndez, P. (2012). *Diseño, implementación y evaluación de un programa de prevención de síntomas emocionales y problemas de conducta en preadolescentes (para optar por el grado de doctor en psicología)*. Universidad Nacional Autónoma de México. Distrito Federal.
- Méndez, S., Andrade, P. & Peñaloza, G. (2013). *Prácticas parentales y Capacidades y dificultades en preadolescentes*. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15 (1), 99-118.
- Meschke, L., Bartholomae, S. & Zentall, S. (2002). *Adolescent sexuality and parent-adolescent process: Promotion healthy teen choices*. *Journal of Adolescent Health*, 31, 264-279.
- McLaren, S. & Challis, Ch. (2009). *Resilience among men farmers: the protective roles of social support and sense of belonging in the depression-suicidal ideation relation*. *Death Studies*, 33, 262-276. DOI: 10.1080/07481180802671985.
- Miranda, I., Cubillas, M., Román, R. & Abril, E. (2009). *Ideación suicida en Población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados*. *Salud mental*. Vol. 32 (1), pp. 495-502.
- Milne, L. & Lancaster, S. (2001). *Predictors of depression in female adolescents*. *Adolescence*, 36, 207- 223.
- Monge, J., Cubillas, M.J., Román, R. & Abril, E. (2007). *Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia*. *Psicología y Salud*, 17, 45-51.
- Monroy, A. (2002). *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud: Guía práctica para padres y educadores*. México, D.F: Ed. Pax México.

- Moreno, A. (2015). *La adolescencia*. Barcelona: UOC.
- Morris, C., Maisto, A. & Ortiz, M. (2005). *Introducción a la psicología*. México: Pearson Educación.
- Muñoz, R. & Graña, L. (2001). *Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes*. *Psicothema*, 13, 87-94.
- Nardi, B. (2004). LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE. *Psicoperspectivas*, vol. III, núm. 1, 2004, pp. 95-126 Pontificia Universidad Católica de Valparaíso Viña del Mar, Chile
- Navarro, A. (1990). *Psicoterapia antidepresiva*. Trillas, México. Cap. 2 Los orígenes psicosociales de la depresión
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R. & Lee, S. (2008). *Suicide And suicidal behavior*. *Epidemiol Rev*, 30 (1), 133-154.
- Oliva, A. (2006). *Relaciones familiares y desarrollo adolescente*. *Anuario de Psicología*, 37(3), 209-223.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Prevención del Suicidio. Un Instrumento para Médicos Generalistas*, Ginebra, Suiza. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Prevención del suicidio: un instrumento en el trabajo*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. *Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generalistas* [citado 4 Oct 2012]. Ginebra: OMS; 2000. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf
- Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud.
 Descubriendo las voces de las adolescentes. Definición del empoderamiento desde la perspectiva de las adolescentes. Washington DC: OPS-OMS; 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-empoderamiento.pdf>
- Ortiz, U. (2003). *Diccionario de metodología de la investigación científica*. México: Limusa, Noriega.

- Paneth, N. & Susser, M. (2002). *The early history and development of the case-control study*. *Social & Preventive Medicine*, 47 (6), 359-365.
- Pardo, A., Sandoval, D. & Umbarila, Z. (2004). *Adolescencia y depresión*. *Revista colombiana de psicología*. Vol. 1(13), pp. 17-32.
- Parolari, F. (2005). *Psicología de la adolescencia. Despertar para la vida*. San Pablo Bogotá, Colombia.
- Parra, A., Oliva, A. & Sánchez-Queija, I. (2004). *Evolución y determinantes de la autoestima durante los años adolescentes*. *Anuario de Psicología*, (35) 331-346.
- Paula, I. (2007). *¡No puedo más!: intervención cognitivo-conductual ante sintomatología depresiva en docentes*. Madrid: Wolters Kluwer España.
- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J. Vera-Villaruel, P. *Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo*. *Rev Med Chile* [serie en internet]. feb 2009 [citado 12 febrero 2009];137(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000200006
- Perez, S. (1999). *El suicidio, comportamiento y prevención*. *Revista cubana de medicina general*, 15(2), 196-217.
- Pérez, S. & Aliño, M. (1999). *El concepto de adolescencia. Manual de prácticas clínicas para la Atención Integral a la salud en la Adolescencia*.
- Pérez, B., Rivera, L., Atienzo, E., de Castro, F., Leyva, A. & Chávez, R. (2010). *Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana*. *Salud Pública de México*, 52(4), 324-333.
- Pérez I., Rodríguez E., Dussán M. & Ayala, J. (2007). *Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003-2005*. *Revista de Salud Pública*, 9(2), 230-240.
- Pérez, Q., Uribe, A. Vianchá, A. M., Bahamón, M., Verdugo, L. & Ochoa, A. (2013). *Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes*. *Psicología desde el Caribe*, 30 (3), 551-568.
- Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide. *Pediatr Drugs*.2003;5:243-65.

- Pons, J. & Berjano, E. (1997). *Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes*. *Psicothema*, 9(3), 609-617.
- Quintanar, F. (2007) *Comportamiento Suicida*. México: Editorial Pax.
- Raffo, A. & Rammsy C. (1997). La resiliencia. *Revista latinoamericana de psicología*.
- Raya, F. (2008). *Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia*. Tesis doctoral, Universidad de Córdoba. Recuperada de [http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=5&ved=0CEoQFjAE&url=http%3A%2F%2Fintellectum.unisabana.edu.co%3A8080%2Fjspui%2Fbitstream%2F10818%2F3979%2F1%2FANA%2520MARIA%2520BARRERO%2520REYES%2520\(T\).pdf&ei=6uELUrvFonS9gTZx4GIAw&usg=AFQjCNH1wkug0KhUQKORvnzhRyaSPoUfyA&bvm=bv.50723672,d.eWU](http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=5&ved=0CEoQFjAE&url=http%3A%2F%2Fintellectum.unisabana.edu.co%3A8080%2Fjspui%2Fbitstream%2F10818%2F3979%2F1%2FANA%2520MARIA%2520BARRERO%2520REYES%2520(T).pdf&ei=6uELUrvFonS9gTZx4GIAw&usg=AFQjCNH1wkug0KhUQKORvnzhRyaSPoUfyA&bvm=bv.50723672,d.eWU)
- Rice, P. (2000). *Adolescencia y desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Roberts, R., Roberts, Y. & Chen, E. (1998). Suicidal thinking among adolescents with a history of attempted suicide. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 37(12), 1294-1300.
- Rodrigo, M., Márquez, M., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A. & Martín, J. (2004). *Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia*. *Psicothema*, 16(2), 203-210.
- Rosselot J. (1993). *Adolescencia: problemática de salud del adolescente y joven en Latinoamérica y el Caribe*. Pediatría 2ed. Menehello: Inter-médica.
- Rosselló & Berríos, M. (2004). *Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as*. *Revista Interamericana de Psicología*, 38(2), 295-302.
- Rodríguez E., Dussán M. & Ayala, J. (2007). *Caracterización psiquiátrica y social*

- del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003-2005. Revista de Salud Pública, 9(2), 230-240.*
- Sagestrano, L., Paikoff, R., Holmbeck, G. & Fendrich, M. (2003). *Longitudinal examination of familial risk factors for depression among inner-city African American adolescents. Journal of Family Psychology, 17, 108-120.*
- Sheeber, L., Davis, B., Leve, C. & Hops, H. (2007). *Adolescents' relationships with their mothers and fathers: Associations with depressive disorder and subdiagnostic symptomatology. Abnorm Psychol, 116: 144–154.*
- Sánchez-Sosa, J. (2009). *Un Modelo explicativo de conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados. (Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Nuevo León).* Disponible en: <http://www.uv.es/lisis/gonzalo/tesis-rey.pdf>
- Sánchez, R., Guzmán, Y. & Cáceres, H. (2005) *Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. Revista Colombiana de Psiquiatría, 34(1), 12-25.*
- Santacruz, C., Gómez, R., Posada, V. & Viracachá, P. (1995). *A propósito de un análisis secundario de la encuesta nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.* Bogotá: Ministerio de Salud-Pontificia Universidad Javeriana.
- Sarmiento, S. & Aguilar, J. (2011). *Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. Revista Psicología y Salud, 21(1), 25-30.*
- Soenens, B., Park, S., Vansteenkiste, M. & Mouratidis, A. (2011). *Perceived } parental psychological control and adolescent depressive experiences: A cross-cultural study with Belgian and South-Korean adolescents. Adolescence, 1–12.*
- Sun, R., Hui, E. & Watkins, D. (2006). *Towards a model of suicidal ideation for Hong Kong Chinese adolescents. Journal of adolescence, 29, 209-224.*
- Suk, E., Van Mill, J., Vermeiren, R., Ruchkin, V., Schwab-Stone, M., Doreleijers, T. & Deboutte, D. (2009). *Adolescent suicidal ideation: a comparison of incarcerated and school-based samples. European Child & Adolescent Psychiatry, 18, 377-383. DOI 10.1007/s00787-009-0740-1.*

- Tesis para Magíster, Universidad de La Frontera., Temuco, Chile. *Youth version* (PCL:YV).
- Toro, D., Paniagua, R., González, C. & Montoya, B. (2006). *Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo suicida, Medellín. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 27(3), 302-308.*
- Toro, D., Paniagua, R., Gonzáles, C. y Montoya, B. (2009). *Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo suicida. Medellín 2006. Rev Fac Nac Salud Pública [serie en internet]. [citado 22 de mayo 2009];27(3):302-8.*
 Disponible
 en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/1446>
- Torre, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Centro de Psicología Aplicada Universidad Autónoma de Madrid, 1-35.*
- Treviño, J., Sáiz, M. & Bobes, G. (2006). *Suicidio y depresión. Humanistas humanidades médicas. (9), 1-16.*
- Twenge, J. & Nolen-Hoeksema, S. (2002). *Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort difference on the Children's Depression Inventory: A meta-analysis. Journal of Abnormal Psychology, 111(4), 578-588.*
- Waizenhofer, R., Buchanan, C. & Newson, J. (2004). *Mothers' and fathers' knowledge of adolescents' daily activities: Its sources and its links with adolescent adjustment. Fam Psychol, 18:348–360.*
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organization, Geneva, Suiza.*
- Yap, M., Schwartz, O., Byrne, M. & Simmons, J. (2010). *Maternal positive and negative interaction behaviors and early adolescents' depressive symptoms: Adolescent emotion regulation as a mediator. Res Adolescence, 20:1014–1043.*
- Zúñiga, D. (2008). *Caracterización psicométrica del instrumento Psychopathy*

