



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

Factores psicológicos asociados al intento suicida en
adolescentes.

Reporte de investigación Teórica.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Norma Angelica Morales Peribán.

Directora: Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza
Dictaminadoras: Lic. María Cristina Canales Cuevas
Lic. Mariana Flores Nava

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 27 de Mayo del 2020





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Contenido

Resumen	3
Abstract.....	3
Introducción.....	5
Capítulo 1. Adolescencia.....	7
1.1. ¿Qué es ser un adolescente?	7
1.2. Desarrollo biológico, mental, emocional y social de un adolescente.....	9
1.2.1. Desarrollo biológico	9
1.2.2. Desarrollo psicológico.....	11
1.2.3. Desarrollo Psicosocial	11
1.3. Vulnerabilidad en la adolescencia	13
1.3.1 Factores de vulnerabilidad.....	14
1.3.2. Focos de vulnerabilidad	16
1.3.3. Intervención ante la vulnerabilidad	19
1.4. Amenazas en la adolescencia.....	20
1.5. Factores de riesgo en la adolescencia.....	22
1.6. Cambios de conducta en la adolescencia	22
Capítulo 2. El adolescente y su entorno	24
2.1. Entorno Social.	25
2.1.1 Cambios en los patrones de vida familiar y su influencia en adolescentes.	26
2.1.2. Cambios en los patrones del empleo en mujeres y su influencia en adolescentes	27
2.2. Impacto de los Medios de Comunicación de Masas, en especial la televisión y su influencia en Adolescentes.....	28
2.3. Entorno Familiar.....	29
2.4. Los ciclos de la vida familiar.....	32
2.4.1. Tipos de familia	32
Capítulo 3. Suicidio y estadísticas en México en los adolescentes	39
3.1. Suicidio, definiciones y antecedentes.....	39
3.2. Teorías explicativas del suicidio	42
3.3. Panorama del suicidio actual en México.	45
3.4. Suicidio en adolescentes.....	46
3.4.1. ¿Cómo se puede identificar un adolescente en riesgo del suicidio?	48
3.5. Señales que nos pueden advertir, un adolescente en riesgo de suicidarse.....	51

3.6. Factores de protección	52
3.6.1. Observar y escuchar.....	55
3.1.2. Realizar preguntas.....	55
Capítulo 4. Factores Psicosociales de Riesgo suicida.....	56
4.1. Comportamiento suicida.....	56
4.2. Tipos de suicidios en adolescentes	58
Capítulo 5. Terapias y manejo en la crisis suicida.....	58
5.1. Las intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento de la conducta suicida	64
5.1.1. Terapia cognitivo conductual.....	64
5.1.2. Terapia interpersonal.....	67
5.1.3. Terapia psicodinámica.	67
Capítulo 6. Prevención	68
6.1. ¿Cómo cuidar la salud mental física en esta etapa?.....	68
6.1. Propuesta de Intervención en adolescentes con intentos suicidad con la terapia cognitivo conductual	68
Conclusiones	70
Referencias.....	72

Resumen

El suicidio es un problema de salud pública mundial y los adolescentes son los que presentan con mayor frecuencia esta problemática, el objetivo principal de la investigación teórica es identificar los factores psicológicos que afectan a los adolescentes para llevar a cabo el intento suicida. La adolescencia es un período de desarrollo estresante lleno de cambios mayores: cambios corporales, cambios en pensamientos y cambios en sentimientos. Los fuertes sentimientos de estrés, confusión, miedo e incertidumbre, así como la presión para tener éxito y la capacidad de pensar sobre cosas en nuevas formas, influyen en las capacidades de un adolescente para resolver problemas y tomar decisiones. En la presente investigación se hace mención del panorama epidemiológico del suicidio en México basado en los datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI).

La ideación y/o intento suicida puede tratarse con terapia cognitivo conductual, la cual ha demostrado efectividad en esta problemática, basa en la modificación de cogniciones negativas y estilos disfuncionales de afrontamiento.

Palabras claves: Adolescencia, Intento de suicidio, Terapia Cognitivo Conductual, Suicidio.

Abstract.

Suicide is a global public health problem and adolescents are the ones that most frequently present this problem, the main objective of theoretical research is to identify the psychological factors that affect adolescents to carry out the suicide attempt. Adolescence is a stressful period of development filled with major changes: bodily changes, changes in thoughts, and changes in feelings. Strong feelings of stress, confusion, fear, and

uncertainty, as well as pressure to succeed and the ability to think about things in new ways, influence a teenager's ability to solve problems and make decisions.

In the present investigation, mention is made of the epidemiological panorama of suicide in Mexico based on statistical data from the National Institute of Statistics and Geography (INEGI).

The suicidal ideation and / or attempt can be treated with cognitive behavioral therapy, which has shown effectiveness in this problem, based on the modification of negative cognitions and dysfunctional coping styles.

Key words: Adolescence, Suicide attempt, Cognitive Behavioral Therapy, Suicide.

Introducción

El objetivo de la investigación en el manuscrito recepcional es identificar los factores psicológicos asociados al intento suicida en los adolescentes, y así proporcionar una propuesta de intervención mediante la terapia cognitivo conductual.

¿Por qué un adolescente tiene en mente ideas suicidas? Debemos tener en cuenta que la adolescencia es una etapa trascendental y crítica para el desarrollo humano, debido a los distintos cambios fisiológicos y psicológicos que se generan en esta etapa, además que también se observan cambios interpersonales. Estos cambios hacen al adolescente endeble, pues desarrolla una crisis de identidad la cual intentan enfrentar así mismo, influyendo el factor familiar, y de la sociedad, a consecuencia de esto les genera una gran ansiedad, coraje y desorden. Sentimientos que, en diversas situaciones, el adolescente no puede enfrentarlo, debido a diferentes componentes, entre ellos, diversas tipologías de personalidad, el estrés cotidiano y la ausencia de redes de apoyo sociales y familiares, el cual puede convergir en conductas de riesgo, como son: el intento de suicidio, que comprometen su integridad física y psicológica.

El suicidio es una “anomalía que es necesario rectificar, como indicio de una patología que requiere corrección”, (Gonthier, 1998, pág. 122) ,se trata de jóvenes que deberían tener esperanzas con respecto al mundo y a su futuro.

Otro concepto de suicidio es “El suicidio puede ser definido como el acto de quitarse la vida deliberadamente, el cual no es causado por un único factor, sino más bien, por una combinación de factores” (Sue, 1996, págs. 5-6) .

El Suicidio en la adolescencia en México según “el Instituto Nacional de Estadísticas y geografía en el 2017 ocupó el segundo lugar de las principales causas de muerte en la población de 15 a 29 años. (INEGI, 2019, págs. 1-2) .

Se debe enseñar y aprender a enfrentar la vida con soluciones no suicidas, es una tarea que es canalizada y estudiada por el psicólogo basándose en terapias cognitivas conductuales y a su vez buscan soluciones por medio técnicas como: reestructuración cognitiva, resiliencia, y otras que se estarán exponiendo posteriormente.

Al proporcionar a los adolescentes información científica y real de los comportamientos suicidas en la adolescencia, desarrollando y aplicando programas de prevención, es de gran ayuda, para favorecer mejores escenarios. Deben poseer una conciencia de la realidad para que aprendan a vivir y a enfrentar sus problemas que se presente en su vida cotidiana.

Capítulo 1. Adolescencia

1.1. ¿Qué es ser un adolescente?

La adolescencia corresponde a un momento de grandes cambios y extrañeza para los sujetos. Los individuos durante la etapa de la pubertad pasan por distintas transformaciones corporales que exigen un cambio en su constitución psíquica.

El cuerpo del adolescente emprende nuevos cambios, el adolescente pasa de portar un cuerpo de niño al cuerpo de adulto. La iniciación este nuevo cuerpo se presenta para el adolescente como un cuerpo desconocido, ajeno, que deberá permitir, y disponer una nueva imagen que le permita identificarse.

La adolescencia es una etapa del desarrollo que se caracteriza por la transición entre la niñez y la adultez, y tiene como objetivo prepararnos para asumir los roles de un adulto. En términos generales, podríamos decir que la adolescencia va desde los 12 hasta los 22-25 años.

Desde un punto de vista estrictamente biológico, la adolescencia comienza en la pubertad y acaba cuando los cambios físicos (en los órganos sexuales y con relación al peso, altura y masa muscular) ya han ocurrido. Este periodo se caracteriza también por grandes cambios a nivel de crecimiento y maduración del sistema nervioso central.

Desde un punto de vista cognitivo, la adolescencia se caracteriza por alcanzar el razonamiento abstracto y lógico.

Finalmente, desde un punto de vista social la adolescencia es el periodo que nos prepara para nuestros roles como adultos, ya sea para el trabajo o para formar una familia. Al ser

una fase de cambios importantes ha recibido distintos nombres y algunos se refieren a la adolescencia como una época en la que las personas transitan una "crisis de identidad".

La adolescencia se sitúa aproximadamente en la segunda década de la vida. Es la etapa que transcurre entre la infancia y la edad adulta y tiene la misma importancia que ellas, presentando unas características y necesidades propias.

¿Qué es, entonces, la adolescencia, y qué significa ser adolescente? Adolescencia es un término que tiene su origen en el verbo latino *adoleceré*, que significa crecer, desarrollarse. Adolescente deriva del participio presente que es activo, por tanto, es el que está creciendo, en oposición al pasado, que se correspondería al sujeto adulto, que ya ha crecido. Otros dos términos que aparecen relacionados habitualmente con el de adolescencia son pubertad y juventud. Pubertad proviene del latín *pubere* (cubrirse de vello el pubis) y hace referencia fundamentalmente a los cambios biológicos que aparecen en el final de la infancia y que suelen englobarse en una primera fase de la adolescencia. Por su parte, juventud es un término que alude a los procesos formativos y de incorporación al mundo laboral a partir de la pubertad, y que se prolongarían más allá de los 20 años (por ejemplo, la ONU alude al periodo que va de los 15 a los 25 años como referencia). Como veremos a partir de aquí, la adolescencia, en un sentido amplio, engloba a la pubertad y al menos, parte importante de lo que hemos denominado juventud, además de otros procesos psicológicos y sociales inherentes al desarrollo de los individuos en esta etapa.

1.2. Desarrollo biológico, mental, emocional y social de un adolescente

Hay una amplia variabilidad en cuanto al desarrollo biológico y psicosocial del adolescente. Existen muchos mitos sobre esta edad, que es preciso conocer para identificar lo que realmente

La adolescencia no es un proceso continuo, sincrónico y uniforme. Los distintos aspectos biológicos, intelectuales, emocionales o sociales pueden no llevar el mismo ritmo madurativo y ocurrir retrocesos o estancamientos, sobre todo en momentos de estrés.

Podemos esquematizar la adolescencia en tres etapas que se solapan entre sí:

Adolescencia inicial. Abarca aproximadamente desde los 10 a los 13 años, y se caracteriza fundamentalmente por los cambios puberales.

Adolescencia media. Comprende de los 14 a los 17 años y se caracteriza, sobre todo, por conflictos familiares, debido a la relevancia que adquiere el grupo; es en esta época, cuando pueden iniciarse con más probabilidad las conductas de riesgo.

Adolescencia tardía. Abarca desde los 18 hasta los 21 años y se caracteriza por la reaceptación de los valores paternos y por la asunción de tareas y responsabilidades propias de la madurez.

1.2.1. Desarrollo biológico

1.2.1.1. Transformación del niño en adulto: tiene lugar después de la pubertad (12 o 13 años.) que es una etapa en la cual se desarrollan los caracteres propios del sexo masculino. Crece de 10 a 15 centímetros por año.

Los hombres se hacen más anchos y fuertes. Al mismo tiempo crecen los órganos internos como el corazón y los pulmones, que llegan a duplicar su tamaño.

Crece pelos en distintas partes del cuerpo: bigotes, axilas, pubis, pecho, etc.

La voz cambia haciéndose más grave debido al desarrollo de la laringe y de las cuerdas vocales. Al desarrollarse la laringe, aparece en el cuello la manzana de Adán (nuez).

Todos estos caracteres que aparecen en la pubertad reciben el nombre de caracteres sexuales secundarios.

Durante la maduración también se desarrollan los órganos sexuales. Los testículos y el pene aumentan de tamaño y comienzan a desarrollarse las funciones que caracterizan al adulto.

Esto tiene lugar alrededor de los doce o trece años y concluye a los dieciséis. Con la maduración de los órganos sexuales se inicia una nueva fase del desarrollo: la adolescencia.

Al producirse la maduración de los testículos, estos comienzan a producir el semen que contienen los espermatozoides. La expulsión del semen recibe el nombre de eyaculación.

El pene se pone erecto cuando la sangre es retenida en una masa de tejido esponjoso, denominadas cuerpos cavernosos y que recorren el pene longitudinalmente. Al volver otra vez la sangre al sistema circulatorio, el pene vuelve a su estado de reposo.

La erección se produce por la excitación sexual.

1.2.1. 2.. Transformación de la Niña en Adulta: Con la pubertad aparecen los caracteres sexuales secundarios:

El cuerpo adopta la forma redondeada.

Comienza a desarrollarse los pechos y aparecen los pelos pubianos en los órganos sexuales y en las axilas.

El desarrollo de la laringe no es tan fuerte como en el varón, por ello la voz no experimenta cambios tan sensibles y no aparece la manzana de Adán.

1.2.2. Desarrollo psicológico.

En el tratamiento Psicológico, existen diversas extensiones y son destacadas por el desarrollo del adolescente, se clasifican en intelectual, sexual y socia, además de que empiezan a encontrar su identidad, las fases del periodo del adolescente es el siguiente; fase puberal, adolescencia media y adolescencia tardía.

1.2.3. Desarrollo Psicosocial

Según (Pedreira & Martín, 2000, págs. 1-21)

1.2.3.1. Desarrollo psicosocial (12 a 14 años)



1.2.3.2. Desarrollo psicosocial (15 a 17 años)



1.2.3.3 Desarrollo psicosocial (17 a 22 años)



La adolescencia es un periodo de diversos cambios, las metamorfosis físicas y la aparición de un mayor sentido de la realidad hace de esta etapa un periodo difícil. La contradicción de querer ser adulto, pero sin dejar de ser niño sigue nutriendo la idea de una época estremecida, y lo es en muchos casos, pero de ese examen, con el apoyo de los padres y del mejor conocimiento de su desarrollo y sus problemas por parte de los profesionales que los tratamos, el adolescente madura y se convierte, en la mayoría de los casos, en un adulto competente.

1.3. Vulnerabilidad en la adolescencia

Desde la descripción y la explicación de la definición, haciendo énfasis en los factores habituales y mostrando una vulnerabilidad, este desarrollo se enfoca a lo psicosocial de la vulnerabilidad en la adolescencia, es decir se señalará las amenazas que se encuentran en su entorno, cuáles son los factores persistentes en situaciones de riesgo y enfocar las necesidades de trabajar mano a mano con la acción educativa, la prevención y a mitigación.

Vulnerabilidad es un término que ha irrumpido con fuerza últimamente en el mundo de las Ciencias Sociales. Lo encontramos en Educación, Sociología, Psicología o Desarrollo. La introducción de este concepto, definido como “*posibilidad de ser herido o recibir lesión, física o moralmente*” o “*debilidad que puede ser aprovechada por una amenaza*”,

La vulnerabilidad, pues, tiene dos caras: una externa, los riesgos, presiones, condiciones a las que un objeto o sujeto se ve sometido; y una interna, la falta de estructura o recursos para afrontar la situación con éxito. Esto último es lo que solemos llamar *indefensión*.

Hablar de vulnerabilidad es hablar de *riesgos*, habitualmente de tres tipos: el riesgo de verse expuesto a una situación amenazante; el riesgo de no tener capacidad para afrontarla; y el de sufrir consecuencias graves o incluso no recuperarse. Luchar contra la

vulnerabilidad es intentar incidir en estos tres niveles para evitar que se produzca la catástrofe.

Riesgo x Vulnerabilidad = Desastre

Sin ser avisados matemáticos, podemos captar que, cuanto mayor sea cualquiera de los dos factores, riesgo o vulnerabilidad, peor será el desastre y que, si uno de los dos factores es igual a 0, nunca se producirá. Lo que en nuestro contexto quiere decir que una situación sólo podremos considerarla un *riesgo* si se produce en una persona o grupo vulnerable a ella. Si se da esa vulnerabilidad, entonces habrá que centrarse en la probabilidad: si hay muchas posibilidades de que ocurra, tendremos que considerarla una *amenaza*. Y el que el resultado sea un *desastre* dependerá de la magnitud de la situación y el nivel de vulnerabilidad de quien la padezca.

La vulnerabilidad de las personas y grupos humanos no es algo estático, sino dinámico. Fluctúa según las circunstancias, al ser consecuencia de la interacción de una serie de factores internos y externos que convergen en un lugar y momento dados. También al intervenir habrá que valorar si nos encontramos en un proceso de disminución o aumento de la vulnerabilidad. Una situación de vulnerabilidad puede ser producto de múltiples factores que habitualmente se refuerzan mutuamente y van de lo “macro” o estructural a lo “micro” o personal.

1.3.1 Factores de vulnerabilidad

1.3.1.1 Factores sociodemográficos

a) Personales: Cada ser humano por su propia realidad puede resultar más o menos vulnerable a determinadas situaciones. Características que suelen influir son: edad, género, etnia, religión, clase social, actividad laboral, lugar de residencia y estatus jurídico.

Además, determinadas carencias en aspectos como capacidades físicas, psicológicas, salud y nutrición, cualificación, habilidades de vida o capital social (redes sociales y vínculos afectivos) pueden favorecer un estado de indefensión personal, que dificulta la autoprotección y preparación frente al riesgo. (Mejia & Gonzalez , 2011, págs. 15-25)

Actualmente las tasas de suicidio consumado en jóvenes están aumentando, sobre todo en varones entre 15-29 años, siendo la segunda causa de muerte en México entre jóvenes de esta edad., las tasas de intentos de suicidio para mujeres son más altas entre los 15-24 años y entre los 25-34 años para los hombres, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI, 2019)

1.3.1.2 Trastornos Psiquiátricos

Los trastornos afectivos son la causa de enfermedad psiquiátrica más común, seguido por consumo de sustancias (especialmente por abuso de alcohol) y la Esquizofrenia. La comorbilidad de trastornos aumenta considerablemente el riesgo de suicido (Cavanagh 2003).

- A)** Conducta suicida previa.
- B)** Trastornos anímicos (La Depresión es el Trastorno del Ánimo más frecuentemente asociado con suicidio y uno de los factores de riesgo más importante.)
- C)** Trastornos psicóticos.
- D)** Abuso del alcohol, sobre todo la dependencia, está fuertemente asociado con el riesgo de suicidio, la gravedad del trastorno, rasgos de personalidad de agresividad e impulsividad y falta de esperanza para ser que predisponen al suicidio. (Conner ,2004 pág. 6-15)
- E)** Trastornos de personalidad. El riesgo de suicidio parece ser mayor particularmente en el trastorno de persona limite y antisocial, sin embargo, casi todos los individuos

con trastornos de la personalidad que mueren por suicidio han presentado síntomas depresivos recurrentes, trastornos por abuso de sustancias o ambos.

1.3.1.2.1. Trastornos emocionales

Los trastornos emocionales surgen habitualmente durante la adolescencia. Además de la depresión o la ansiedad, los adolescentes con trastornos emocionales también pueden experimentar reacciones excesivas de irritabilidad, frustración o enojo. Es posible que se superpongan los síntomas de más de un trastorno emocional, y que se den cambios rápidos e inesperados de estado de ánimo y arrebatos emocionales. Los adolescentes más jóvenes también pueden desarrollar síntomas físicos relacionados con su situación emocional, como dolor de estómago, dolor de cabeza o náuseas.

A nivel mundial, la depresión es la cuarta causa principal de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años, y la decimoquinta entre los de edades comprendidas entre los 10 y los 14. La ansiedad es la novena causa principal entre los adolescentes de 15 a 19 años, y la sexta para los de 10 a 14. Los trastornos emocionales pueden afectar profundamente al rendimiento académico y la asistencia escolar. El retraimiento social puede exacerbar el aislamiento y la soledad. En el peor de los casos, la depresión puede conducir al suicidio.

1.3.2. Focos de vulnerabilidad

Natural: Nuestra vulnerabilidad intrínseca fruto de nuestras limitaciones como seres vivos, nuestro código genético y capacidades físicas y psíquicas particulares.

Física: Se refiere ubicaciones en zonas de riesgo y deficiencias de infraestructuras para evitarlos o «absorberlos».

Económica: Incapacidad de vivir autónomamente y acceder a recursos materiales y actividades necesarias o favorecedoras.

Social: Carencias de relación, cohesión, organización, sentimientos de pertenencia y responsabilidad e implicación social de las personas en sus territorios.

Psicológica: Dificultad para afrontar situaciones de presión, frustración o sufrimiento y distorsiones cognitivo-emocionales que suele derivar en fragilidad, somatización y desesperanza.

Política: Referida a la forma de toma de decisiones (participación, funcionamiento y control), así como ideologías imperantes.

Institucional: Funcionamiento o descoordinación de las instituciones que dificulta prevenir o responder de forma ágil y adecuada a los riesgos.

Ideológica: En relación con la concepción del mundo y el papel de los seres humanos en él y la integración del conocimiento científico, con el sentido trascendente de la existencia y las vivencias cotidianas (pasividad, fatalismo, mitos...)

Cultural: Patrones de relación, roles, nivel cultural, estereotipos que marcan la vida diaria de un colectivo y sus relaciones, así como el papel de los medios de comunicación.

Educativa: Carencias sociales e individuales de instrucción, cualificación y formación en capacidades, actitudes y habilidades.

Técnica: Falta de recursos y habilidades técnicas, y escasa calidad técnica de las infraestructuras físicas y sociales que sustentan la vida del individuo o grupo.

Tras los dos puntos anteriores, probablemente se habrá llegado a una conclusión bastante evidente: No hay dos vulnerabilidades iguales. Todos somos vulnerables a algo, pero cada persona o colectivo, en función de sus circunstancias, es susceptible a determinadas situaciones y con un grado propio. Esto significa que raramente dos personas o grupos en

la misma situación son vulnerables de la misma forma a las mismas cosas. Si además le unimos que cada situación “golpea” de una forma, poniendo a prueba aspectos diferentes de la idiosincrasia personal o colectiva, comprenderemos que difícilmente podemos establecer vulnerabilidades estándar.

Cuando el objetivo es prevenir, lo mejor es elaborar en cada caso perfiles de vulnerabilidad, analizando la presencia de los diversos factores y tipos de vulnerabilidad y los puntos fuertes y débiles de la persona o grupo. A partir de este perfil, podremos identificar situaciones que resulten un riesgo, detectando de entre ellas las que, al ser más probables, puedan convertirse en una amenaza real. Así podremos tomar decisiones para una adecuada intervención, incidiendo en los aspectos realmente relevantes.

No se puede obviar en esta reflexión el llamado círculo de la vulnerabilidad y algunos fenómenos relacionados con él:

Las consecuencias de la vulnerabilidad de una persona o grupo, genera muchas veces riesgos y vulnerabilidad en personas o grupos interrelacionados con él.

La propia condición de vulnerable se puede convertir para la propia persona o grupo en un factor de vulnerabilidad, al dar lugar a nuevos riesgos que, a su vez, generen nuevas posibilidades de desastre.

El miedo a la vulnerabilidad o a volver a sufrir provoca más vulnerabilidad.

Al ser la sociedad un sistema, las vulnerabilidades de sectores, grupos o zonas, hacen más vulnerables, directa o indirectamente, al resto de los sectores que han de afrontar, solidarizarse, defenderse... de esa realidad vulnerable.

1.3.3. Intervención ante la vulnerabilidad

Esta es la pregunta fundamental relacionada con la vulnerabilidad. ¿Se puede evitar el daño? ¿Hay algo que podamos hacer? ¿En qué hemos de incidir? Recordemos la ecuación: si logramos que cualquiera de los dos factores tienda a cero, el desastre deberá tender a cero. Por consiguiente, las posibilidades de actuación son:

Minimizar el riesgo (PREVENCIÓN): Se intenta evitar que se produzcan las realidades hacia las que determinadas personas o grupos son vulnerables o que se vean expuestos a ellas. Se habla de eliminación, control, reducción, precauciones. Suele resultar complicada en riesgos de origen múltiple o natural.

Minimizar la vulnerabilidad (MITIGACIÓN)

Se busca reducir la impotencia de las personas o grupos, ayudándoles a desarrollar estrategias de evitación o afrontamiento, haciéndose más flexibles y fuertes. Existen medidas estructurales y medidas no estructurales de mitigación: Las estructurales son actuaciones sobre el entorno, las condiciones, las leyes, los medios... y las no estructurales sobre las personas, conductas, formación... Las intervenciones suelen dirigirse a toda la población, pero intentando focalizar en quienes están más expuestos Esta perspectiva, relacionada con la prevención primaria, es fundamental a largo plazo y si no es posible controlar los riesgos.

La tercera vía: Reducir los efectos negativos del desastre (PREPARACIÓN)

Cuando se valora que, a pesar de las medidas de prevención y/o mitigación, el desastre se puede producir o por simple prevención, se prepara a la persona o grupo para saber afrontarlo de la mejor manera posible; es decir, reducir la magnitud del sufrimiento individual y/o colectivo y acelerar la reconstrucción. Guarda mucha relación con la prevención secundaria. Lógicamente la actuación más eficaz en general es la que articule

medidas de los tres tipos; pero resulta complejo y a veces innecesario. La pista nos la puede dar en cada caso el perfil de vulnerabilidad. En la mayoría de las ocasiones lo que sí conviene es incidir de forma coordinada en el aspecto estructural (macro) y en el particular (micro). Algo que aún hoy resulta difícil de conseguir. Seguimos compartimentados y con escasez de planes globales.

1.4. Amenazas en la adolescencia

¿Cuáles son los riesgos, las posibles “desastres”, a los que están expuestos en este momento los sectores más jóvenes de la población?

En este mundo globalizado no podemos olvidar que la primera amenaza que se cierne es la *no-supervivencia*. Según (UNICEF 2016), alrededor de 150 millones de menores sufren desnutrición, 11 millones mueren al año por enfermedades fácilmente evitables, 300 millones están expuestos a la violencia y explotación y el reclutamiento de niños soldados y ataques en tiempos de guerra han empeorado. Si a esta realidad unimos las dificultades económicas y de educación en determinadas zonas del mundo...

Centrándonos en nuestra sociedad, la primera amenaza, por su especial repercusión, es la exclusión social: la imposibilidad de participar de adultos en la vida económica, social y cultural de una forma normalizada. La exclusión, suele ser fruto de diversos factores como la no cualificación laboral, dificultades de salud, desestructuración personal o familiar, desempleo, patrones o estilos de vida marginales.

Aun así, las mayores amenazas hoy son los *trastornos psíquicos*: estrés, depresión, ansiedad, trastornos alimentarios, suicidios, adicciones... actualmente se considera que la cuarta parte de la población adolescente tiene riesgo de sufrirlos, con graves consecuencias

en las próximas generaciones de adultos; teniendo en cuenta, además, que nuestra ratio de psiquiatras es de las más bajas de la UE y no contamos con especialidad de Psiquiatría infanto-juvenil.

Conductas muchas veces promovidas por ideologías e intereses adultos, pueden conllevar un *detrimento* de la salud: adicciones y sus consecuencias fisiológicas, enfermedades de transmisión sexual, muertes en carretera... Son especialmente vulnerables a la violencia: maltratos, abusos, violaciones, acosos... como víctimas y como agresores. No sólo en el mundo real, sino también en *internet*.

Una de las mayores amenazas es también el no encontrar razones para vivir y esto les impida tener proyectos ilusionantes sobre su presente y su futuro. Y, por último, la amenaza de no-madurar: eternos *Peter Panes* bajo la dictadura de una impulsividad, irresponsabilidad, dependencia y egocentrismo infantiles.

Como el período de la juventud se ha alargado tanto en nuestra sociedad que, a diferencia de otras, no tiene ritos de paso que incorporen a los jóvenes a la adultez, muchos jóvenes buscan vivir esas sensaciones que necesitan (éxito, acompañamiento emocional, integración) en el riesgo mismo o tienden a anesthesiarse para huir de la frustración. La posibilidad de que abandonen estos comportamientos vuelve a estar en manos del entorno, si son capaces de ofrecerles alternativas que satisfagan esas necesidades, porque todo joven necesita ser *alguien*, sentirse *alguien*.

1.5. Factores de riesgo en la adolescencia.

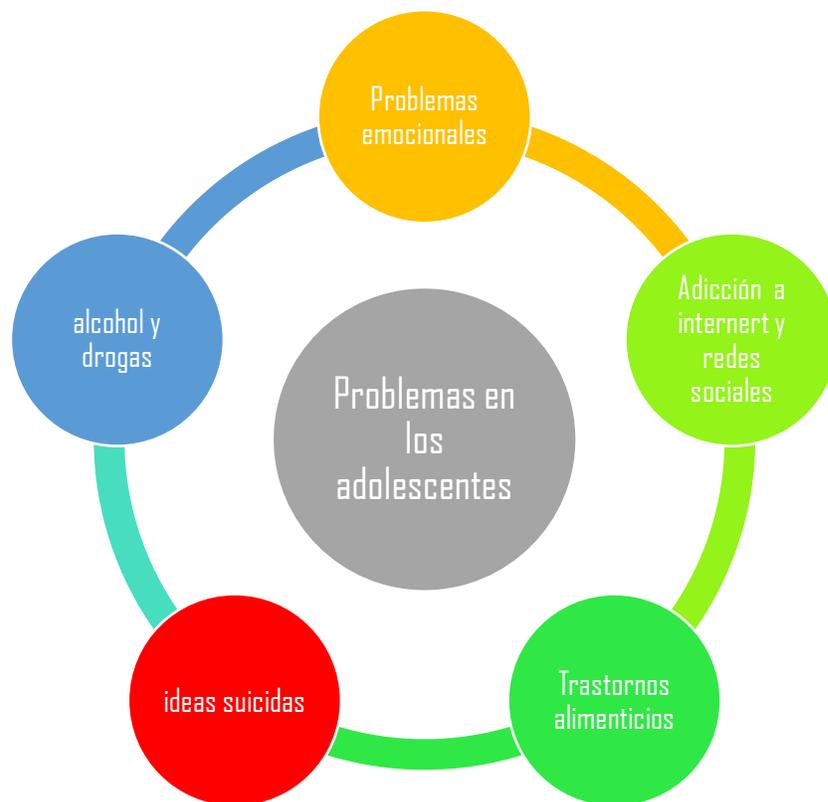
- Cuando se aplican criterios generales sobre la vulnerabilidad a los más jóvenes, no se cumplen tan linealmente por la propia etapa evolutiva. En estas edades influyen de forma especial:
- La falta de presencia y dedicación de los progenitores.
- La sobreprotección.
- Convivir con personas de personalidad vulnerable.
- Inmadurez.
- Cambios fuertes (mudanzas, migraciones...)
- La desocupación.
- Desafíos consumistas.
- Falta de educación ética y normativa.
- Falta de metas, proyectos y actividades que den sentido.
- Accesibilidad a sustancias y estilos de vida de trasgresión y evasión, entrando en *circuitos de riesgo*.
- Las propias conductas de riesgo, fruto de la exploración en la adolescencia.
- La sensación de invulnerabilidad propia de esta edad.

1.6. Cambios de conducta en la adolescencia

La adolescencia es un periodo muy complicado ya que existen diversas emociones. El adolescente tiene una gran aspiración de experimentar situaciones, pero regularmente sin aceptar o asumir los riesgos que pueden causar. En este periodo del desarrollo del ser humano empiezan conflictos cuando el adolescente debe tomar decisiones por sí mismo.

Un trastorno de conducta es una alteración del comportamiento que a veces se diagnostica en la infancia. Es caracterizada por un comportamiento antisocial que viola las normas y reglas adecuadas por la edad: la irresponsabilidad extrema, el comportamiento trasgresor (como las ausencias escolares o el escaparse).

Estos comportamientos aparecen principalmente a consecuencia del contexto donde se desarrolla el adolescente y las características genéticas que posee. Por ejemplo, las creencias personales o de la familia el modo de crianza, la socialización y la educación recibida van a marcar la aparición o no de los trastornos de conducta. Muchos de los cuales confirman la tendencia natural al cambio que se posee el adolescente.



Capítulo 2. El adolescente y su entorno

Adolescencia es la etapa de la vida que comprende cambios psicológicos, físicos, y sociales, este proceso comienza en la pubertad y finaliza cuando el organismo adquiere una madurez sexual y/o psicológica dejando atrás los comportamientos infantiles y el adolescente toma conductas propias. Se deriva del sinónimo juventud, es decir, la edad en la que sucede a la niñez. Esta etapa comprende cambios justo en el periodo de formación del joven, el adolescente presenta una cierta formación, motivaciones, intereses, pensamientos, necesidades etcétera.

Para otras personas la adolescencia es definida como la etapa de la vida en los seres humanos que en donde a través de diferentes procesos despiertan y se desarrollan capacidades de pensar, tomar conciencia, y profundizar sensaciones, sentimientos, emociones y más.

Para entender más acerca de la definición de adolescencia es necesario saber dos términos crecimiento y desarrollo.

Crecimiento: se entiende como el aumento de talla y peso del cuerpo

Desarrollo como la maduración de los órganos así también como funciones físicas, psicológicas, y sociales ya mencionadas.

Estas definiciones comparten los mismos procesos, pero también no quiere decir que se desarrollan por separado ya que estas dos definiciones hacen que en la etapa de la niñez puedan adaptarse de forma natural a sus cambios y progresos. Es por eso por lo que cuando se va dando este proceso no hay ningún conflicto, en cambio el mismo adolescente se siente estimulado y en algunas veces satisfecho por los cambios ya presentados

2.1. Entorno Social.

La sociedad actual ofrece al adolescente contenidos materialistas por encima de la transmisión de valores éticos, morales y humanísticos, lo que puede influir negativamente en su formación.

Siguiendo los criterios de la OMS, podemos calificar como adolescentes a los sujetos de 12 a 18 años, reservando el calificativo de juventud para los que están entre 18 y 25 años, a partir de los cuales se les considera adultos, aunque la preadolescencia de 10 a 12 años está cobrando importancia ya que hay una aceleración creciente en estas etapas en las que se practican conductas reservadas antes a edades posteriores. Se podría aplicar el término de “adolescentes” para aquellos que permanecen en casa de los padres hasta más allá de los treinta años.

En la sociedad postmoderna en la que vivimos, el desarrollo y la inteligencia mercantil han sustituido al progreso en su sentido más amplio, haciendo valer el “tanto tienes, tanto val”, el “tener antes que el ser”, y la llamada que escuchan nuestros niños y adolescentes hacia la tecnología es imperiosa, cultivándose poco el humanismo. Palabras como abnegación y sacrificio están perdiendo su significado al no ser contempladas como una posibilidad a ejercitar y a nuestros adolescentes les llega el mensaje de lo fácil, de lo inmediato, el futuro es hoy. Por otra parte, dejemos constancia de que los adolescentes y jóvenes son la mayor fuerza contemporánea existente en el mundo.

vivimos en una sociedad tecnológica, industrial, en la era informática y de la comunicación en la que priman el interés mercantil y la escasa transmisión de valores éticos, morales y humanísticos. Teniendo en cuenta que en la adolescencia son características la rebeldía y la escasa percepción del riesgo, la familia se enfrenta a serias preocupaciones ante la conducta

de algunos adolescentes que hacen un uso inadecuado de su tiempo libre o caen en conductas de riesgo respecto a sustancias tóxicas, accidentes o aspectos de la sexualidad. La relación entre los jóvenes es fundamental para la socialización y desarrollo normal, aunque se ha modificado por el uso de las nuevas tecnologías, apreciándose además cierto aumento de la violencia.

Importantes cambios sociales durante estas últimas décadas han significado también importantes efectos en cada uno de los grupos que conforman nuestra sociedad, en especial en el núcleo básico que es la familia. Por otro lado, los y las adolescentes, en la búsqueda de un espacio en el mundo, son una respuesta de su propio contexto social. Ser adolescente hoy es totalmente diferente a haber sido adolescente hace dos décadas atrás. Ser padre de un/a adolescente hoy no es lo mismo que en generaciones anteriores.

Estos cambios sociales han tenido un enorme impacto en: Los patrones de vida familiar; en el estatus de la mujer; en el comportamiento y actitudes sexuales especialmente de los y las adolescentes; en la cultura de la juventud; en los patrones de empleo; en el uso del tiempo libre de adultos y adolescentes.

2.1.1 Cambios en los patrones de vida familiar y su influencia en adolescentes.

Si bien todavía hay una gran proporción de adolescentes que viven en familias con ambos padres (en los cuales el padre es el principal proveedor y la madre es una dueña de casa, preocupada del cuidado de sus hijos), sin embargo, cada vez es mayor el número de adolescentes que viven en familias con un solo padre, generalmente la madre, debido a separación de los padres. Esta situación se agudiza en los sectores más pobres, donde la

madre debe con frecuencia cumplir el rol de proveedor a expensas de la atención de los hijos.

Un aumento de los nacimientos fuera del matrimonio es otro de los factores que contribuye a incrementar el número de los y las adolescentes que viven en familias emparentales. En parte, el aumento de los nacimientos fuera del matrimonio se debe a cambios en los patrones de la relación de pareja, lo cual refleja modificaciones en los valores y las actitudes acerca del matrimonio y en particular la importancia de éste para legitimar los nacimientos. Cada vez más mujeres, adultas o adolescentes, retrasan el matrimonio meses y aún años después del nacimiento de los hijos

2.1.2. Cambios en los patrones del empleo en mujeres y su influencia en adolescentes

Cada vez es mayor el número de mujeres que se incorpora a la fuerza de trabajo. Por lo tanto, cada vez más adolescentes tienen familias en las cuales la madre trabaja fuera del hogar. El aumento de las madres que trabajan fuera de sus hogares trae consigo un cambio fundamental en las actividades y en la orientación de la mujer. Los cambios de las condiciones y tipo de trabajo de las madres se ligan, sin duda, a cambios en las condiciones sociales, culturales, ideológicas y económicas. Sin mirar cuáles son las motivaciones que han llevado a la mujer a incorporarse más y más a la fuerza laboral, esta situación se acompaña de cambios en los patrones del matrimonio, estructura familiar, tamaño de la familia, etc. La diversificación del ingreso familiar trae cambios importantes en la estructura clásica de dependencia familiar. Se observa una mayor independencia de la mujer frente a su relación de pareja. Ella también aporta al sustento económico de la familia y tiene derecho a tomar decisiones también.

El rol doméstico y estatus de la mujer ha ido variando; la mujer está dedicando menos tiempo a las labores hogareñas, por una parte, facilitado por la incorporación al hogar de elementos que facilitan esta tarea (lavadoras, enceradoras, aspiradoras, microondas, lavavajillas, etc.), como por la incorporación de su pareja y otros miembros de la familia en estas labores. Estos y otros factores hacen que las mujeres perciban sus roles y estatus en forma muy diferente. En cierta manera las relaciones familiares hombre-mujer tienden a igualarse, pero este fenómeno está ocurriendo más acentuadamente en el sector socioeconómico medio y alto que en el bajo.

Por otro lado, se advierte cada vez más una mayor aceptación de la actividad sexual en relaciones de pareja consensuales. Sin embargo, mucha gente desaprueba el que los y las adolescentes se involucren en comportamientos sexuales que han llegado a ser ampliamente aceptados como normas, pero solo para adultos. Estos dicen por ejemplo que el aumento de la actividad sexual en adolescentes está unido a una desintegración en los valores morales, sin percibir la proyección de sus propios modelos.

2.2. Impacto de los Medios de Comunicación de Masas, en especial la televisión y su influencia en Adolescentes

Nuestra sociedad ha experimentado grandes avances tecnológicos en las comunicaciones, pero ha sido la televisión y ahora Internet y las redes sociales los que han tenido el mayor impacto y son hoy día los principales medios de transmisión de ideas e influencia cultural, su influencia es fuerte sobre todo en el desarrollo de niños, niñas y adolescentes. Estos medios contribuyen a la adquisición de conocimientos de los y las adolescentes e influyen en sus actitudes en muchas áreas, pero en especial en el comportamiento sexual. Cada vez

hay más mensajes sexuales implícitos o explícitos en las programaciones. Referencias sexuales están presentes en casi todos los tipos de programas y el sexo se muestra como romántico y deseable, especialmente cuando es ilícito. A menudo hay referencias a la actividad coital entre parejas no casadas, o se muestra ligado a la prostitución o a la violencia, pero casi nunca es mostrado dentro de un contexto donde se dé cabida al amor, calidez, estabilidad, relación de compromiso, ya sea dentro o fuera del matrimonio. No se hace mención tampoco a los anticonceptivos y las consecuencias negativas de los embarazos no deseados.

2.3. Entorno Familiar

La familia es el primer grupo social del cual formamos parte todos y todas y es ella quien nos convierte en seres sociales al transmitir todo el cúmulo de conocimientos, normas, valores, usos, costumbres que constituyen la sociedad, es también el núcleo de acogida y de amor para cada uno de sus miembros, permitiéndoles alcanzar un desarrollo completo y constituyéndose así en un verdadero refugio del mundo exterior, independiente de cuál sea el tipo de familia, de ella se espera todo aquello que no se encuentra en las relaciones del mundo exterior: intimidad, afecto, aceptación del otro, respeto por su individualidad. Según esto la familia cumple distintas funciones, algunas de las cuales se enumeran a continuación.

Función reproductora biológica: Tendiente a la conservación y mantención de la especie.

Función protectora de seguridad material: Debe satisfacer las necesidades básicas de mantenimiento de sus miembros, debe proporcionar una alimentación adecuada, una

habitación sana, y cuidados de acuerdo con sus requerimientos dependiendo de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentran cada uno de sus miembros.

Función Afectiva: debe satisfacer las necesidades de afecto. Cada miembro necesita recibir y dar amor. Las familias que desarrollan el afecto verbal y físico (piel a piel), forman individuos con alta autoestima, creativos y seguros de sí mismos. La relación madre hijo es la primera que experimenta cada ser humano y de su calidad dependerá en gran parte como se relaciona con otras personas a lo largo de su vida. La relación con su madre y con el resto de la familia determinará la evolución normal de su afectividad, vale decir, que llegue a ser un adulto normal y equilibrado. La interrupción del contacto materno con el niño en esta primera etapa de su vida puede originar graves trastornos en su salud, dando origen a lo que se llama deprivación afectiva. De ahí lo fundamental que resulta el reemplazo de la imagen materna cuando la madre biológica está impedida de cumplir su rol ya sea por muerte, abandono o incapacidad; el niño o niña requiere familiarizarse con una persona que ocupe el lugar de su madre, que pueda cuidarlo, darle amor y protección. La deprivación afectiva tiene una influencia decisiva en el desarrollo personal de todo niño o niña, no puede sentir amor por sí mismo/a si sus padres no le han demostrado este sentimiento, asimismo no puede trascender a otros, porque no ha aprendido esta capacidad. Al otro extremo, la sobreprotección le impide aprender a enfrentar la realidad lo que puede llevarlos a ser personas muy inseguras. También puede transformarlos en seres muy egoístas y exigentes.

Desarrollo de una identidad personal: Lo vital para todo ser humano es sentirse parte de una familia, la que debe darle la oportunidad de su propio desarrollo como individuo.

Formación de roles sexuales: Es en la familia donde el niño debe aprender a comportarse en forma masculina y la niña en forma femenina de acuerdo con los roles que se le asignan.

este aprendizaje lo adquiere a través de los juegos, de modelos, (fundamentalmente los padres) y escuchando los mensajes que transmiten los miembros de la familia.

Los padres son modelos para sus hijos, no sólo por lo que saben intelectualmente, sino por lo que son en cuanto a su propio desarrollo personal y afectivo. Es través de esto que ellos transmiten un sentido de dignidad, de independencia y de una autoestima realista. La madre transmitirá la seguridad y valoración que posee en sí misma como mujer y lo transmitirá a su hija como modelo deseado. Tradicionalmente los roles de padre y madre han sido marcadamente diferenciados por las funciones que cumplen entre otros, el manejo de la casa, el cuidado de los hijos, el control de los hijos y el sustento económico se asignan de acuerdo con el sexo. El rol tradicional de la mujer es el de esposa y madre, su ocupación e intereses son domésticos, referidas al hogar y al cuidado del resto de los miembros de la familia, aun cuando gran número de mujeres se han incorporado al campo laboral, su valor dominante sigue siendo su función hogareña, y contribuir a estrechar los lazos familiares y a dar equilibrio emocional y afectivo como clima básico en el hogar. La recompensa por esta tarea es casi enteramente emocional, ocupando ella, por lo tanto, una posición económicamente subordinada dentro de la familia sobre todo en sectores más conservadores. Tradicionalmente entonces el rol materno sociológicamente se representa y relaciona con el concepto del hogar, dar unión al grupo familiar, darles afectividad a sus miembros y otorgar seguridad y apoyo, por otra parte, el rol de los hombres es ser activos productores, ocupar un lugar en el mercado laboral y su deber fundamental es conseguir el sustento que asegure la subsistencia del grupo familiar. El rol paterno a su vez ha sido definido primordialmente como proveedor económico, sustentador de la autoridad, responsable del grupo familiar. Así, el padre representa para el niño el prototipo del mundo

real, fuera de la familia y en este rol es el primer agente humano que liga al niño con la sociedad. El rol paterno empieza a tener mayor importancia a medida que el niño madura, empieza a caminar, hablar, etc. Durante la edad escolar, el padre pasará a ser un ejemplo del hombre que el niño quisiera ser (o no ser), y el hombre que la hija quisiera amar (o no amar). Es un período crítico, durante el cual la conducta del padre tendrá repercusiones que podrán ser positivas o negativas para el futuro del niño o de la niña, la capacitación de roles y responsabilidades sociales: Es decir, el aprendizaje de roles y las expectativas acerca de ellos, internalización de normas y valores de su propia cultura, etc. Es función de la familia incentivar la capacidad de aprendizaje, creatividad e iniciativa de sus miembros. Como lo es también estimular la comunicación entre ellos. Esta comunicación debe ser percibida, verse por los otros y cuyo objetivo principal es el intercambio de información no sólo verbal sino a través de señales, ruidos, gestos, ademanes lo que da gran significado a la comunicación. La falta de habilidad para comunicarse hace que muchas personas vivan en aislamiento, soledad; la incomunicación aumenta el nivel de angustia, temores, rabia y resentimiento lo cual no permite vivir en forma creativa y feliz.

2.4. Los ciclos de la vida familiar

Desde la perspectiva psicosocial, la familia tiene una historia que se desarrolla a lo largo de varios años que se inicia con la formación de la pareja, pasando por varias etapas, constituyendo los ciclos de vida familiar.

2.4.1. Tipos de familia

Según el ciclo familiar pueden ser familias que comienzan, están en la mitad o terminando su vida.

- Pueden estar presentes una, dos, tres, o más generaciones.

- Un hombre y sus hijos.
- Una mujer soltera, viuda o separada y sus hijos.
- Según su estructura y su composición:
 - Familia constituida por un matrimonio y sus hijos.
 - Una pareja vuelta casar y los hijos de uno, otro y de ambos.
 - Un abuelo y sus nietos, etc. etc.
- Según género de la jefatura: masculina o femenina.
- Desde lo económico: Estratos pobres, estratos medios o estratos altos.

Sin embargo, cualquiera sea el tipo de familia, se espera de ella todo aquello que no se encuentra en otro grupo social. Sin embargo, muchas familias tienen serias dificultades para cumplir sus funciones. La familia es un sistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social y ya que conforma un micro grupo, en el cual existen dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de bienestar de cada uno de sus miembros, especialmente cuando se trabaja con adolescentes, parece relevante considerarlo como uno de los temas a estudiar en este Programa de Educación Sexual. En este capítulo se revisa aspectos generales de la familia como los importantes cambios que ha experimentado a través de las últimas décadas. A continuación, se revisa brevemente las principales funciones que debe cumplir la familia, los ciclos de la vida familiar, los diferentes tipos de familia que podemos encontrar, las principales alteraciones que afectan la vida familiar, los elementos a considerar cuando se elabora un diagnóstico de la familia. Finalmente se revisa algunas consideraciones para orientar a los padres que tienen hijos, hijas adolescentes.

Formación de la pareja: La decisión de la unión permanente entre un hombre y una mujer, marca la iniciación del ciclo vital de la familia tradicional. Sin embargo, el matrimonio o unión, es un proceso que se inicia mucho antes de casarse o unirse, podría decirse sin exagerar que se inicia el día que nació cada uno de los cónyuges. Desde ese día cada uno de ellos comenzó a sentir, a experimentar lo que es el amor o el rechazo. Ellos vieron en sus progenitores lo que es ser esposo y esposa, lo que es ser padre y madre, lo que es ser hombre y mujer. Aprendieron del modelo de sus propios progenitores.

A medida que fueron creciendo y desarrollándose fueron adquiriendo experiencias fuera del hogar, con los amigos de juego, con los compañeros de curso, los profesores, los hogares de sus amigos, el primer pololeo, etc. Se trata de dos existencias emprendidas en un proceso individual que ha decantado en dos personalidades bien definidas, en dos maneras de ser y de hacer, forjadas en hogares y condiciones distintas, en dos voluntades animadas por ideales e interés que pueden no armonizar, cargando cada cual su pasado, cada uno con su propia historia, les queda ahora por delante conocerse, aceptarse y armonizar todo aquello que es discordante entre ambos, como sus hábitos, sus formas de ser, sus maneras de vivir, reacciones afectivas, conductas sexuales. Ahora les corresponde poner en práctica los roles de marido y mujer, pero consciente o inconscientemente cada uno tiende a portarse como lo hicieron sus propios padres. El matrimonio o la unión permanente de una pareja es una relación esencialmente dinámica, implica como todo proceso vital, riesgos, incógnitas, caídas, conflictos. El encuentro de la pareja no tiene nada de mágico y significa muchas veces la voluntad, la inteligencia y la generosidad para encontrarse.

En la vida en pareja, los primeros años son particularmente difíciles, observándose una altísima tasa de separaciones, las cuales están fuertemente asociadas a conflictos en relación con los roles sexuales, a problemas económicos, a dificultades con las familias de

origen, con quienes con frecuencia deben compartir la vivienda y a carencia en el manejo de la afectividad. Las separaciones conyugales y la formación de uniones de pareja sucesivas son cada vez más frecuentes, situaciones que resultan altamente dolorosas tanto para la pareja como para sus hijos.

Actualmente pareciera que lo más que motiva a los jóvenes a iniciar una relación de pareja estable, no es un proyecto futuro conjunto, sino más bien razones negativas a su vida anterior, como ser la soledad, aburrimiento, deseo de escape de situaciones de maltrato o de privación afectiva, excesivas responsabilidades en el hogar, embarazo.

Nacimiento de los hijos: El proceso de la pareja lo constituye el nacimiento del primer hijo que trae consigo una reorganización de la pareja, cuya relación cambia con los nuevos roles de padre y madre; la crisis que trae la llegada del primer hijo será menor cuanto mayor sea el período de adaptación alcanzada por la pareja previamente. El nacimiento de un niño representa la convergencia de dos familias y crea abuelos y tíos de ambos lados. Con el nacimiento de un hijo, la pareja queda más distanciada de sus familias y a la vez más enredada en el sistema familiar. Siendo padres son menos hijos y se individualizan en mayor medida como adultos, pero el niño los introduce más en la red total de parientes, en cuanto se modifica más la índole de los viejos vínculos y se forman nuevos. Si un matrimonio joven sobrevive al nacimiento de los hijos, entonces durante un período de años ambos cónyuges están excesivamente ocupados en el cuidado de los hijos. El ser padres puede ser una forma de autorrealización, pero el cuidado de los hijos, puede ser también una frustración personal. No se sienten preparados para ser padres y el matrimonio puede perturbarse en la medida en que la esposa requiere más ayuda de su marido en la crianza de los niños y más actividades adultas, mientras él se siente agobiado a causa de los hijos, se

produce un profundo cambio en la pareja, ya no están tanto tiempo solos, ni tan pendientes el uno del otro. A veces el marido siente celos de los hijos porque le arrebatan parte de la atención de la esposa.

Crianza y Socialización de los hijos: La paternidad responsable es la conducta producto de la madurez física, psicológica y social mediante la cual la pareja humana enfrenta la procreación, el desarrollo y la socialización de los hijos. Hay consenso en que la familia es el agente socializador más importante, puesto que es la primera unidad social en que el ser humano tiene contacto. La socialización determina tanto el aprendizaje como la adopción de pautas, valores y sentimientos que tienen raíces en la infancia y que ha sido dado por su familia. Es importante destacar que ser padres no es sólo tener un hijo, es desempeñar la función de padres; una función que debe ser ejercida con amor y autoridad racional en un ambiente emocional satisfactorio, sin riñas ni peleas, sin malos ejemplos, de tal modo que se logre en el niño un desarrollo armónico y evitando repercusiones negativas en su vida adulta. En la actualidad el rol paterno está presentando muchos cambios, ya que no ejerce la autoridad tradicional sino la comparte con la madre, inclusive comparte el quehacer doméstico cuando la madre trabaja, hecho que también determina que él no es el único proveedor económico del hogar sino ambos. En la medida que el padre pueda adaptarse a estas situaciones y a sus nuevos roles, venciendo barreras culturales y tome conciencia de la importancia que tiene para el buen desarrollo y felicidad de los hijos, contribuirá a la evolución normal de sus hijos.

Ingreso del primer hijo a la educación formal: La escuela representa para los padres su primera experiencia con el hecho de que los hijos terminarán por dejar el hogar y ellos quedarán frente a frente. La esposa tiene más tiempo y los niños la necesitan menos y puede sentir que ya no basta con ser madre y dueña de casa. Tal vez sienta que su vida se

está desperdiciando en el hogar y que su estatus declina. Tal vez pueda intentar hacer una carrera, pero al mismo tiempo sentirse insegura respecto de sus aptitudes.

Adolescencia de los hijos: En esta época los padres están alcanzando los años medios de sus ciclos vitales. Es esta una etapa de prueba para la familia sea ésta permisiva o autoritaria. El comportamiento de los hijos adolescentes puede causarles a los padres temor e inseguridad, irritación e impaciencia. Una cosa es comprender la necesidad e importancia que sus hijos adquieran experiencias nuevas y otra la de saber, cuándo y cómo poner límites para que contribuyan al desarrollo del adolescente y no lo dificulten o impidan. En esta etapa los padres se ven enfrentados frecuentemente a los siguientes dilemas ¿Cuáles son los límites adecuados para no ser autoritarios, pero tampoco permisivos o indiferentes?, ¿Cómo hacerles comprender los peligros sin desconocer lo importante que es para ellos aprender nuevas experiencias? Con frecuencia los padres reaccionan con ansiedad y desconcierto, lo cual dificulta la comunicación con sus hijos quienes los califican de exagerados y aprensivos. Lo importante y no hay que perder de vista es que el rol de los padres está en ser guías y autoridad racional, por lo tanto, les corresponderá desafiarlos muchas veces cuando corran peligro o se pongan descalificadores, impertinentes. Deberán manifestarles sus molestias y preocupaciones, así como el afecto que sienten por ellos y el apoyo que están dispuestos a brindarles. Deberán mostrarles confianza, pero basada en hechos, mostrarles por qué confían en ellos y por qué les ofrecen ayuda. Y sobre todo advertirles de los comportamientos riesgosos que pueden dañar su proyecto vital. En este período, en que los hijos están menos en casa, la adolescencia de los hijos puede ser vista como una lucha dentro del sistema familiar por mantener el ordenamiento jerárquico previo. Ejemplo, para una madre acostumbrada a tratar a su hija como una niña de pronto ve a su hija convertida en una mujer competidora y le es difícil ahora vincularse con ella. O un padre que debe

tratar a su hijo como un niño, pero también como un hombre. Todo esto puede llevar a malentendidos, a reproches y resentimientos. Los adolescentes necesitan que sus padres los apoyen y escuchen y comprendan las dificultades que están enfrentando al asumir los cambios corporales, fisiológicos, psicosociales. Al adolescente le preocupa la imagen que proyecta en comparación con la que sienten ser y, además, compatibilizar las expectativas que sus padres tienen de ellos. Estas expectativas con frecuencia tienen que ver con la resultante de frustraciones que los padres tuvieron en su propia vida, lo que puede llegar a sobrecargar al adolescente en este sentido.

Es fundamental aquí que los padres se sientan seguros de sí mismos, con una autoestima adecuada, que proyecten una buena imagen de sí mismos ya que esto influye positivamente en la imagen que tengan sus hijos de sí mismos también. No hay que olvidar que sus hijos los ven como modelos de lo que ellos quieren llegar a ser. Los factores negativos de la vida familiar cobran mayor importancia que los factores extrafamiliares en la exacerbación de la crisis de los hijos y/o hijas adolescentes.

La salida de los hijos del hogar: La salida de los hijos del hogar puede tener los siguientes motivos. Por estudios, matrimonio, independencia.

Cuando un/una joven abandona el hogar y comienza a establecer una familia propia, sus padres deben transitar ese cambio fundamental de la vida al que se llama "convertirse en abuelos". A veces tienen poca o ninguna preparación para dar este paso, especialmente si los hijos no han pasado por los rituales matrimoniales socialmente aceptados. Deben aprender cómo llegar a ser buenos abuelos, elaborar reglas a fin de participar en la vida de los hijos y arreglárselas para funcionar solos en su hogar.

La jubilación de uno o ambos cónyuges:

Una vez que la pareja se ha liberado de los hijos de manera que estén menos involucrados con ella, suele llegar un período de relativa armonía que puede subsistir durante la jubilación del marido. Algunas veces, sin embargo, el retiro de éste de la vida activa puede complicarse, pues se halla la pareja frente a frente veinticuatro horas al día. A veces una persona mayor puede encontrar una función útil, otras veces no, en la medida en que los tiempos cambian y los viejos son vistos como carentes de importancia para la acción de la generación más. En esta etapa la familia debe enfrentar el difícil problema de cuidar de la persona mayor o enviarlo a un hogar de ancianos donde otros cuidan de ella. Suele ser este un punto crítico difícil de manejar.

Fallecimiento de uno de los cónyuges: Viudez del otro. Es un período doloroso en el cual el cónyuge sobreviviente debe lograr adecuar su vida sin la compañía de su pareja. En esta etapa el apoyo afectivo de los demás miembros de la familia es fundamental para evitar el aislamiento, la soledad y la depresión en que puede caer la persona que ha enviudado o ha quedado sola por otras razones. Cada uno de estos implica cambios en la relación y nuevas adaptaciones en la pareja y estos cambios pueden llevar a un mayor acercamiento o alejamiento, pero siempre (para bien o para mal) afectará a la pareja.

Capítulo 3. Suicidio y estadísticas en México en los adolescentes

3.1. Suicidio, definiciones y antecedentes

¿Cómo se define el suicidio? El vocablo suicidio proviene de las raíces latinas [SUI] que significa de sí mismo y [caedere] que significa, matarse así mismo.

Literalmente, suicidio significa “acto a través del cual la persona se provoca voluntariamente la muerte. La definición científica del suicidio que comprende el acto humano y social, por el contrario, no está claramente determinada.

Existe un problema definitorio que se plantea como básico si se quiere captar una comprensión racional del fenómeno.

Durante el siglo XIX se comienza a estudiar científicamente el suicidio, y se propone por Bourdín la existencia de una enfermedad mental específicamente suicida, en tanto que Esquirol, simultáneamente propone, la visión del suicidio como un “síntoma” característico y común a distintos trastornos psiquiátricos.

La definición que realizó Durkheim en 1928, crítica con la explicación de los anteriores, debido a la imposibilidad de comprobar en todos los casos la “locura” fue la de “toda muerte causada directa o indirectamente por una acción u omisión del sujeto, realizada de forma consciente” el autor distinguió cuatro tipos de suicidio que reflejaban el malestar social: egoísta, altruista, anómico y fatalista, que en parte siguen vigentes.

De acuerdo con la concepción de Durkheim, el primer intento de suicidio fue realizado desde un punto de vista sociológico. En su obra el *suicidio de 1897* establece tres categorías que se deben enmarcar en todo suicidio llevado a cabo:

El suicidio egoísta, realizado por todo aquel individuo fuertemente individualista, por no tolerar las exigencias de la vida social y de sus reglas. Eso deriva en la creencia de intereses sociales, como puede ocurrir en aquellas situaciones de enfermedad física o mental o e aquellas personas que han sufrido privaciones o muertes de seres queridos.

Suicidio altruista, diametralmente opuesto al primero, es realizado es situaciones sociales de elevada cohesión de los principios y fines colectivos. Individuos con carencias de su individualismo o excesivo sentido del deber, pueden verse envueltos en los riesgos

colectivos; se sienten inútiles, mártires, que se afirman muriendo por valores religiosos (los primeros cristianos) o sociales.

Suicidio anómico, se produce en aquellos que han sufrido una fuerte crisis de valores religiosos, sociales o éticos, y se encuentran privados de algún tipo de orientación. Causas de anomía pueden ser tanto el declinar de la fe religiosa como la dilución provocada por relaciones familiares fallidas, que explica según Durkheim, el alto porcentaje de suicidio entre los divorciados. Este tipo de suicidio según Durkheim es el más frecuente en sociedades permisivas que en aquellas severas y rígidas.

De acuerdo con la aportación de Durkheim a la definición de suicidio es muy relevante, ya que éste se va transformando en un modelo de estudio sociológico y psicológico, y la gran importancia de éste es llegar a un análisis y un razonamiento entre la relación social y el comportamiento individual “Psicológico”. Este autor ha analizado la incidencia del suicidio en diversas realidades, nacionales, sociales y culturales, realizando una verificación del índice de mortalidad por suicidio tiende a permanecer contante en toda realidad social, singular y fija, sino cambian características generales.

Existen diversas definiciones de “suicidio” por diferentes autores como son las siguientes: }

Se define el suicidio como “la muerte realizada en su contexto por un desarrollo exclusivamente egoísta, con la intención de evitar un mal inminente o creído como tal” (Ferri, 1928, págs. 75-82)), dichas en otras palabras acto de la persona de producirse la muerte como medio o como un fin, de modo habitualmente consciente, asumiéndola.

De estas definiciones se desprende que los elementos que caracterizan el suicidio parecen ser más el conocimiento, la intencionalidad y el significado del acto que el acto material en sí mismo, la definición puede ser más o menos restrictivas según el número de elementos que sean considerados importantes.

La OMS considera que el suicidio simplemente, como una de las cuatro causas posibles de muerte (natural, accidental, suicida y por homicidio) de este modo también la OMS (1969) define el acto suicida como “toda acción por la que un individuo se causa así mismo una lesión cualquiera que sea el grado de intención letal y del conocimiento del verdadero móvil” (Morón, 1975, pág. 10) aunque este no realiza la distinción entre un intento suicida y un suicidio propiamente dicho, reconoce en la conducta suicida cuatro aspectos distintos:

El acto específico de quitarse la vida, sancionado por la muerte.

El intento suicida como acto incompleto, que se resuelve como un suceso negativo

La veleidad del suicidio como acto apenas desbocado

La idea del suicidio como simplemente representación mental del acto.

Podemos observar que la definición de suicidio deja ver claramente como el concepto del suicidio es cambiante en el tiempo pasando de una definición psiquiátrica a una concepción sociológica, para culminar con una connotación teórica psicológica.

3.2. Teorías explicativas del suicidio

En el siglo XIX con Pinel y después Esquirol, comienza a considerarse el acto suicida como un síntoma de enfermedad mental, siendo este último autor quien define el suicidio como *el efecto de una enfermedad o de un delirio agudo (crisis de “afección moral”)*

Correlativamente a este pensamiento, se intentaba demostrar patológicamente las alteraciones orgánicas (sobre todo cerebrales) que justifican este tipo de conductas (*escuelas frenológicas*)

Lo que seguramente surge de un análisis del fenómeno del suicidio se puede resumir en las siguientes consideraciones:

El suicidio, más que ser un problema individual, constituye un fenómeno verdaderamente social.

Es un fenómeno en el que asumen importancia determinados momentos sociales, lo suficientemente específicos como para ser estudiados.

Contrapunto de la teoría causal patológica, surge con Durkheim, a finales del siglo pasado, la teoría sociológica del suicidio, que explica este acto como resultado del sujeto vencido por las presiones sociales. Los tipos de suicidio dependían del exceso o defecto de integración social individual presentada: altruista y fatalista, en el primer caso, o anómico y egoísta, en el segundo.

Aunque hoy no sería aplicable la segunda parte de esta clasificación Durkheim, es plenamente vigente, como factor con-causal en el desencadenamiento de la conducta suicida la primera: bien la fractura del equilibrio en las relaciones sociales mantenidas por el suicida, dejando al sujeto sin modelos a seguir (anómico), o bien la situación de aislamiento completo, y el sufrimiento en solitario, que llevarían a producir un suicidio egoísta.

Durkheim, relacionando estadísticas de diversos países sobre mortalidad suicida, concluyó el número superior de suicidios en el sexo masculino (entre 3 y 4 veces más), el mayor número de víctimas con otros estados civiles distintos al matrimonio y otras premisas vigentes en la actualidad.

En el pasado, los sociólogos se interesaron por el suicidio desde diferentes perspectivas. Han sido analizadas las variaciones de la presencia porcentual del suicidio, según diversos contextos sociales y nacionales, realizando distintas interpretaciones sociológicas.

Han sido considerados factores económicos, étnicos, culturales, etc., capaces de explicar el suicidio sobre la base de elementos de diferente naturaleza, desde la capacidad de control individual hasta factores cósmicos, climatológicos, de masas, etc.

De Durkheim se ha hablado, y ha sido considerado como quien fue capaz de demostrar más elegantemente, la interacción de tres presupuestos fundamentales:

Que el suicidio varía debido al grado de integración en la sociedad religiosa.

Que el suicidio varía debido al grado de integración en la sociedad doméstica.

Que el suicidio varía debido al grado de integración en la sociedad política.

En otros términos el modelo cognitivo básico de la CS inicia con una explicación acerca de su etiología y mantenimiento, que como consecuencia de la activación de esquemas disfuncionales, las personas desarrollan una triada cognitiva depresiva: una visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro, sobredimensionada esta última en pacientes con CS, cuyos patrones cognitivos están relacionados con la múltiple sintomatología del proceso suicida y el síndrome depresivo, como el caso de las personas con abulia, la cual es una disminución o pérdida de la voluntad hacia acciones específicas (propia de estos pacientes), con elevada desesperanza y pesimismo, ignorando a su vez la información que desconfirma su información esquemática activada. personal del suicida.

Por otra parte, la intervención cognitiva para la conducta suicida nació en el modelo cognitivo de los trastornos emocionales (Beck, 1979, pág. 65)

Henry y Short (1954) han analizado los datos sobre el suicidio juntamente con los del homicidio. Estos autores colocan el suicidio y el homicidio en el mismo plano, como si fueran dos comportamientos derivados de la motivación humana, con un estado de agresión hacia los otros, desarrollado como efecto de una frustración. Han observado que los suicidios tienden a aumentar durante las fases de «contracción de los ciclos económicos»,

mientras los homicidios tienden a aumentar en las fases de «expansión». De aquí deducen que el estado de frustración sea del suicidio o del homicidio, viene provocado por los cambios que el funcionamiento de los ciclos económicos determina en las personas pertenecientes a las distintas categorías sociales. Según los autores, el suicidio varía negativamente y el homicidio positivamente, con los cambios en la fuerza.

Partiendo de una revisión crítica de la obra de Durkheim, propone una teoría que se resume con la siguiente frase: «El suicidio, en general, es directamente proporcional a la división social, y ésta a la cantidad de poder hacia arriba y a la cantidad de exclusión hacia abajo en general el grado de desigualdad, de aislamiento y de separación, sea hacia arriba o hacia abajo entre los hombres». (Guiducci 1987: 48)

Un gran debate científico ha caracterizado el problema de los aspectos psicopatológicos del suicidio. en el sentido de que tal comportamiento debe o no ser necesariamente interpretado como un síntoma de origen psiquiátrico.

3.3. Panorama del suicidio actual en México.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2017 el suicidio ocupó el lugar número 22 de las principales causas de muerte para la población total. En la población de 15 a 29 años, es la segunda causa de muerte. (INEGI, 2019, págs. 1-2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que, en la actualidad, cerca de 800 mil personas se suicidan al año. La reducción de muertes por esta causa se encuentra contemplada en la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que busca reducir en el 2030, un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.

(Organización Panamericana de la Salud, 2014).

En México, las estadísticas de mortalidad de 2017 reportan que, del total de fallecimientos, 6,494 fueron por lesiones autoinfligidas, lo que constituye 0.9% del total de muertes. Con ello, la tasa de suicidios 2017 es de 5.2 fallecimientos por cada 100 mil habitantes. (INEGI, 2019, págs. 1-2).

Con respecto al sexo de las personas fallecidas por suicidio, es conocido que la tendencia ha sido más pronunciada en los hombres que en las mujeres; así, para ellos, la tasa de suicidio en 2017 fue de 8.7 por cada 100 mil hombres; en tanto que, para ellas, de 1.9 por cada 100 mil mujeres. (INEGI, 2019).

3.4. Suicidio en adolescentes

Es lamentable la muerte de un adolescente a consecuencia de una desesperanza o frustración, resulta devastadora para la familia, los amigos y la comunidad. Podemos permanecer con la incertidumbre si alcanzaran a haber hecho algo para imposibilitar que ese joven haya llegado al suicidio.

Conocer más de los factores que podrían llevar a un adolescente al suicidio nos ayuda a advertir y ayudar a más jóvenes que se encuentren en una situación difícil. Aunque no siempre se puede impedir, siempre es buena idea informarse y tomar medidas para ayudar a un adolescente con problemas.

Los impulsos detrás del suicidio o intento de suicidio en un adolescente pueden ser complicados. Aunque el suicidio es raro entre niños, la cantidad de suicidios e intentos de suicidio incrementa en el transcurso de la adolescencia.

El peligro de suicidio se desarrolla drásticamente cuando niños y adolescentes tienen acceso a armas en casa y casi el 60% de todos los suicidios se logran con una pistola. Por

eso cualquier pistola en su domicilio debe estar descargada, bajo llave y fuera del alcance de los niños y de los adolescentes.

Sobredosis con medicamentos de venta libre, de receta médica y sin receta del mismo modo es un método muy frecuente, tanto para la tentativa de un suicidio como para lograr suicidarse. Es de gran importancia supervisar cuidadosamente todos los medicamentos en el hogar. Asimismo, tomar en cuenta que adolescentes intercambiarán diferentes medicamentos de receta médica en la escuela y los llevarán (o almacenarán) en la mochila. Las cantidades de suicidios varían entre niños y niñas. Según estudios las niñas piensan en e intentan suicidarse dos veces más que los niños y tienden a intentar suicidarse por medio de una sobredosis de drogas o cortándose. En cambio, los niños fallecen por suicidio cuatro veces más que las niñas, tal vez porque tienden a usar métodos más letales, como armas, colgándose o saltando desde alturas.

La adolescencia es una etapa importante y crítica para el desarrollo humano, por consecuencia a los diferentes e cambios fisiológicos, psicológicos, e interpersonales que se derivan por el simple hecho de ser adolescente. Este cambio en el adolescente provoca que sea más vulnerable, pues surge una dificultad de identidad que los afronta a sí mismos, para quedar bien a las demandas familiares, y de la sociedad, provocando una gran ansiedad, ira y desconcierto. Sentimientos que, en ocasiones, el adolescente no puede enfrentar, debido a diversos factores, entre ellos, sus particularidades de personalidad, el estrés cotidiano y la ausencia de redes de apoyo sociales y familiares. Todos estos factores no favorecen en el adolescente hablando emocionalmente, el cual puede desembocar en conductas de riesgo, como son: consumo de drogas e intento de suicidio, que comprometen su integridad física y psicológica.

3.4.1. ¿Cómo se puede identificar un adolescente en riesgo del suicidio?

Puede ser complicado saber cómo se siente ser adolescente, atrapado en esa área gris entre la niñez y la edad adulta. Por supuesto que es una etapa con muchas posibilidades, pero también puede ser de estrés y gran preocupación. Se sienten presionados ya que le cuesta trabajo a la adaptación social, y concentrarse para tener un buen desempeño académico además que por tan solo ser adolescente les es complicado actuar con responsabilidad.

La adolescencia es un periodo de identidad sexual y relaciones sociales, tienen la necesidad de ser independientes y que a menudo está en conflicto con las reglas y expectativas que otras personas construyen.

Los jóvenes con problemas de salud mental, como ansiedad, depresión, trastorno bipolar o insomnio, corren riesgos más altos de pensar en el suicidio. Los adolescentes quienes pasan por cambios fuertes en la vida (el divorcio de sus padres, mudanzas, un padre que se va de casa por su servicio militar o por la separación de los padres, o cambios financieros) y aquellos quienes son víctimas de intimidación corren mayores riesgos de pensar en el suicidio.

Los factores que aumentan el riesgo de suicidio entre adolescentes

El objetivo del estudio, luego de la revisión documentada, fue establecer la relación entre ideación suicida, desesperanza, depresión y tríada cognitiva negativa, como evidencia del modelo cognitivo del riesgo suicida a partir de la correlación entre variables y comparaciones entre grupos sintomáticos y no sintomáticos, que se constituya como un soporte para el desarrollo de programas de intervención basados en la prevención de las muertes a distintos niveles.

Algunos factores manejan que la ocurrencia o ausencia de la conducta suicida, depende de una serie de factores de riesgo y protección. De acuerdo con Munist, Santos, Klotearenco,

Suárez, Indante y Grotberg (1998), un factor de riesgo es cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una probabilidad de dañar la salud, es decir, este tipo de factores determinan la vulnerabilidad de un sujeto para cometer actos suicidas, incluyendo lo que se denomina situaciones contextuales, socioculturales y la presencia de psicopatologías específicas.

Con respecto al intento suicida, Carveth y Glotieb, 1979 (Citado en Casullo, 1998) propone una jerarquía de factores de riesgo que intervienen en dicha conducta, estos son:

- Nivel de desesperanza
- Ideación o plan de suicidio
- Intentos previos
- Estado emocional y nivel afectivo
- Baja densidad de las redes de apoyo social
- Perdidas efectivas recientes (soledad)
- Estatus mental
- Deseo de ayuda

Cònger, 1980 (Citado en Alcántar, 2002) señalan una serie de indicios de riesgo de suicidio en los adolescentes, estos son:

- Estado de ánimo continuamente deprimido o desesperado
- Alteraciones en el comer y dormir
- Bajo rendimiento escolar
- Aislamiento social y gradual y una mayor incomunicación con las personas
- Ruptura con la comunicación con los padres y otras personas significativas de la vida del adolescente.

- Antecedentes de intentos suicidas o complicaciones en accidentes
- Comportamiento aparentemente temerario, autodestructivo, poco usual, como el uso frecuente de drogas o de alcohol, así como el manejo imprudente de algún vehículo.

Adicionalmente los factores de riesgo mencionados, investigaciones realizadas en poblaciones escolares de nuestro país, han señalado también a otros factores de riesgo como el consumo de drogas , por otra parte además de hablar de los factores de riesgo que intervienen en la problemática suicida, considera también otros dos tipos de factores, los predisponentes, que incluyan una historia genérica familiar, factores biológicos, perinatales y rasgos o estilos de personalidad, y los factores precipitantes, en donde consideran la accesibilidad a un método para quitarse la vida, y estados o situaciones de soledad o aislamiento, provocando por hechos específicos del ciclo vital.

A grandes rasgos y hablando de los factores de riesgos en general son los siguientes.

Un trastorno psicológico, especialmente la depresión, trastorno bipolar y consumo de drogas y alcohol (de hecho, como el 95% de las personas que fallecen por suicidio tienen un trastorno psicológico al momento de morir)

- Sentimientos de angustia, irritabilidad o agitación
- Sentimientos de desesperanza y de complejo de inferioridad que con frecuencia se manifiestan con la depresión
- Un intento previo de suicidio
- Antecedentes de depresión o de suicidio en la familia
- Abuso emocional, físico o sexual

- Falta de un grupo de apoyo, malas relaciones con los padres o sus pares y sentimientos de aislamiento social
- Hacer frente a bisexualidad u homosexualidad en una familia o comunidad que no lo apoya o en un ambiente escolar hostil

3.5. Señales que nos pueden advertir, un adolescente en riesgo de suicidarse.

Existen signos de alarma los cuales pueden ser los intentos previos de suicidio, sobre todo si se ha recurrido a métodos potencialmente letales; los antecedentes de suicidio en la familia; y la expresión verbal, más o menos explícita, de un sufrimiento desbordante y del propósito de matarse (en forma de gestos o amenazas suicidas), mucho más aún cuando hay una planificación de la muerte (cambios en el testamento o notas de despedida) (Mann, 2005, pág. 27)

Todo ello se potencia cuando hay un agravamiento de un trastorno psicopatológico o de una enfermedad crónica dolorosa o cuando se produce un aislamiento social indeseado. Acerca de las tensiones vitales múltiples, como la conflictividad familiar, la pérdida de empleo y una situación económica desfavorable, el descubrimiento de un escándalo político o económico, los desengaños amorosos o el fallecimiento reciente de un familiar cercano, éstas tienen un valor predictivo sólo en personalidades vulnerables con tendencias impulsivas y agresivas y con pocas respuestas de afrontamiento (Blasco-Fontecilla et al., 2010, pág. 207.).

A nivel cognitivo, la desesperanza, sobre todo cuando viene acompañada de pensamientos suicidas reiterados (anticipación imaginaria de la muerte), es probablemente el sentimiento más suicidógenos. De hecho, convendría invertir el dicho popular de "mientras hay vida, hay esperanza" por "mientras hay esperanza, hay vida". A veces la desesperanza puede

venir acompañada de ira, rabia o deseos de venganza. En estos casos hay una expresión de gran sufrimiento o de angustia emocional.

El suicidio en síntesis generalmente ocurre en el adolescente después de un suceso de estrés como problemas en la escuela, la ruptura de un novio (a), la muerte de un ser querido, un divorcio o un fuerte conflicto familiar o social.

3.6. Factores de protección

Cuando existen sucesos vitales y estresantes para el adolescente o existen depresiones u otros trastornos mentales, existe una ideación suicida, el cual existen factores que pueden ser relacionados con las conductas suicidas, por ejemplo el impulso, la desesperanza puede haber también acceso mu fáciles pero letales para llevar a cabo el suicidio, además que la familia es importante ya sea para llevar acabo el suicidio por falta de comprensión o comunicación, o para salvarlo, comprendiendo y estando al pendiente de él.

En los adolescentes el riesgo puede existir algunos factores predisponentes como sucesos teniendo una historia previa, la vulnerabilidad psicológica se acentúan si se suman ciertas circunstancias psicosociales, es decir el aislamiento social es especialmente relevante para el intento o ideación suicida. Al tener la capacidad de resistencia se relaciona con algunas dimensiones de personalidad, como una autoestima adecuada, una flexibilidad cognitiva o una impulsividad controlada, con una estabilidad emocional y con unos recursos psicológicos de afrontamiento apropiados, especialmente en el ámbito de la resolución de conflictos o de las habilidades sociales. Asimismo, el repertorio de valores del sujeto, de tipo religioso, espiritual o altruista, puede neutralizar hasta cierto punto los pensamientos derrotistas o la ideación suicida.

Ciertos factores sociales y familiares desempeñan también un papel protector. Así, por ejemplo, tener relaciones sociales ricas, estar integrado culturalmente, contar con apoyo familiar.

Por otro lado, Munistý Cols. (1998), señalan la existencia de factores protectores, los cuales se refieren a las condiciones o entornos capaces de favorecer el desarrollo del individuo o grupos, y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Dichos autores, los dividen en dos;

Externos que se refieren a condiciones del medio en el que interactúan, reduciendo la probabilidad de daños;

Internos, que hacen referencia a los atributos de la propia persona; autoestima, seguridad y confianza en sí mismo, empatía, etc.

En relación con la conducta suicida, Blumental y Kupfer, 1990 (en Casullo, 1998), señala los siguientes factores protectores de la conducta suicida:

- Exigibilidad cognitiva
- Fuertes redes de apoyo social
- Existencia de un proyecto de vida
- Tratamiento oportuno de las patologías psiquiátricas
- Tratamiento adecuado de los desórdenes de personalidad

Como se puede observar, todas las investigaciones que se basan en el tema del suicidio han aportado información muy valiosa para la comprensión problemática suicida, además de que permite definir y orientar el trabajo de los investigadores y profesionales de salud mental, que permitan frenar el incremento de la tasa del intento suicida y brindar una

atención eficiente y oportuna, tanto a la población en riesgo, como a la población en la que ya se presentó este fenómeno y a manera de prevención a la población en general.

Por otro lado, las señales de advertencia pueden ser sencillas, pero debemos estar atentos a estas:

- El adolescente puede dar señales como por ejemplo hablar continuamente del suicidio o la muerte en general.
- Insinuar que ya no estará más
- Hacer énfasis en los sentimientos de desesperanza o de culpa
- Ser retraído con amigos o familiares
- Escribir canciones, poemas o cartas sobre la muerte, la separación o la pérdida.
- Empezar a regalar objetos valiosos a familiares o amigos
- Perder el deseo de participar en cosas o actividades predilectas
- Tener dificultades para concentrarse a pensar con claridad
- Mostrar cambios de hábitos de alimentación o dormir
- Participar en comportamientos riesgosos
- Perder interés en la escuela o en los deportes.

Gran parte de los adolescentes quienes se suicidan o intentan suicidarse dan algún tipo de advertencia a sus seres queridos. Por tanto, es muy importante que los padres o familiares muy cercanos conozcan las señales de advertencia de manera que los adolescentes con tendencias al suicidio pueden obtener la ayuda que necesitan.

Algunos adultos piensan que los jóvenes que dicen que se van a lastimar o matar “lo dicen para llamar la atención” es de gran importancia escuchar y no ignorarlos ya que se puede incrementar la probabilidad que si se lastimen o lleguen a obtener la muerte.

Llamar la atención por medio de visitas a consultas médicas y tratamiento en instituto por lo general tratamiento en institutos por lo general no es algo que deseen los adolescentes, a menos de que sufran de una depresión seria y piensen en el suicidio o que deseen estar muertos. Es importante considerar las señales de advertencia como serias.

3.6.1. Observar y escuchar

Observar bien a un adolescente retraído y con depresión. Comprender la depresión en adolescentes es de gran importancia ya que puede parecer diferente a las creencias comunes acerca de la depresión. Por ejemplo, puede presentarse como tener problemas con amigos, con las calificaciones, el dormir o estar de mal humor o irritable en vez de llorar o de sufrir de tristeza crónica.

Es importante tratar de mantener abierta la comunicación y expresar su preocupación, su apoyo y su amor. Si su adolescente le confía, demuéstrole que toma en serio esas preocupaciones. Una pelea con un amigo puede no parecerle importante en un contexto más amplio, pero para un adolescente puede ser intenso y abrumador. Es importante no minimizar o descontar lo que su adolescente está enfrentando, ya que esto podría aumentar su sentimiento de desesperanza.

3.1.2. Realizar preguntas

En ocasiones los padres por vergüenza, miedo, etc. no preguntan a los adolescentes si han pensado en suicidarse o lastimarse, temen que al preguntar y que resulte una respuesta positiva, o que generen la idea de suicidarse o lastimarse. Siempre será bueno estar pendiente de los hijos y seguramente es difícil preguntar “he notado que mencionas demasiado tus deseos de estar muerte ¿has pensado en intentar matarte?

Buscar ayuda

Si detecta que alguien cercano que piensa en el suicidio o lo ha intentado, no lo deje solo y obtenga ayuda inmediata, con un profesional capacitado (Psicólogo y/o Psiquiatra).

Alienta a la persona a buscar tratamiento.

Ofrecer a la persona buscar asistencia y apoyo.

Alienta a la persona a comunicarse contigo.

Se respetuoso y reconoce los sentimientos de la persona

No seas condescendiente ni sentencioso.

Nunca prometas mantener en secreto los pensamientos suicidas de una persona.

Tranquiliza a la persona haciéndola saber que la situación puede mejorar.

Capítulo 4. Factores Psicosociales de Riesgo suicida

El suicidio es un fenómeno que se presenta a nivel mundial, afectando a personas de casi todas las edades, donde cada vez son más los/as adolescentes los afectados, repercutiendo a la vez en sus familiares, amigos/as, conocidos/as, e inclusive la sociedad que lo rodea.

4.1. Comportamiento suicida

El comportamiento suicida, se entiende como un proceso que se presenta de forma gradual, que se puede manifestar de diversas formas entre las que se encuentran, el deseo o la manifestación de morir, la imagen de la muerte y el intento suicida, hasta el suicido consumado. Este concepto presenta en términos analíticos dimensiones que requieren un tratamiento diferenciado, pues no tienen un orden cronológico o secuencia radica. Sin embargo, los actos suicidas se caracterizan por tres momentos;

- Deseo de morir
- Representación suicida

- Idea suicida

La epidemiología del fenómeno comporta estados y momentos de gravedad que permiten visualizar la ideación suicida a través de varios niveles de severidad, como si se tratase de un continuum o término “Fluctúan pensamientos de muertes específico hacia otro más concretos acerca de la propia muerte” (González, 1998, pág. 436)

La primera dimensión o deseo a “morir” expresa una frustración vital asociada a la inconformidad e insatisfacción de algunas personas con su estilo de vida actual, situación que puede prevalecer en adolescentes explotados, víctimas de tortura, abuso de poder y tratos degradantes. Al respecto frases como “la vida no vale la pena vivirla”, “lo que más quisiera es morirme”, “para vivir así, lo mejor es estar muerto”, “sin ti no puedo vivir” (Rivera, 2003)

describe que la organización o estructura familiar está en desequilibrio, disfunción en el sistema familiar de los adolescentes que intentaron suicidarse. La ausencia de apoyo familiar en este grupo de personas. Las investigaciones realizadas por el Grupo Carlos Finlay y la Secresalud del Huila, coordinados por Núñez y Manrique, en los años 2003 al 2005, permiten apoyar esta consideración; la estructura familiar es un determinante en los intentos de suicidio, no sólo para el caso de los adolescentes, sino en los adultos, ya sea por disfunción y en otros casos por ausencia

Es decir, El comportamiento suicida es una acción destinada a lastimarse uno mismo e incluye los gestos de suicidio, los intentos de suicidio y el suicidio consumado. En la ideación suicida existen pensamientos y planes de suicidio. Los intentos de suicidio son actos autolesivos que podrían provocar la muerte, como, por poner un ejemplo, colgarse o ahogarse.

4.2. Tipos de suicidios en adolescentes

De acuerdo (Giner, 2012, págs. 5-8) en la clasificación tradicional existen tres formas de actos suicidas. El suicidio consumado (conduce a la muerte), suicidio frustrado (situación en el que el sujeto queda en un estado de gravedad mortal) y el intento del suicidio (se sorprende al sujeto cuando se dispone a realizar el hecho) el intento del suicidio en adolescentes puede asociarse a una especie de llamado urgente a un mundo adulto en apariencia maduro, que lo excluye de toda participación socio familiar e iniciativa de cambio. Autores como Tubert (1982) han señalado dos tipos de intentos suicidio: el maligno, caracterizado por ser un acto impulsivo y peligroso, vinculado a estructuras de personalidad disfuncional y de procesos psicopatológicos (Previos y actuales) que han marcado la historia personal del suicida e indican que la búsqueda de la muerte es una finalidad primordial (Sin testigos) y el segundo es “suicidio benigno” caracterizado por actos compulsivos de menor peligrosidad, de características reactivas ante situaciones de cambio o pérdida (Moya, 2007 p.33) en un contexto clínico de tono depresivo. El suicidio no emerge de una desconexión de la persona respecto a la realidad que impacta, sino de la distorsión de la responsabilidad de asumir o demandar a nivel socio familiar la reestructuración de vínculos rotos con otros sujetos importantes para la experiencia vital.

Capítulo 5. Terapias y manejo en la crisis suicida

¿Cómo manejar la crisis en la adolescencia?

Cuando un adolescente presenta una crisis suicida, siempre se debe tomar en serio, tratar con respeto, escucharlo, creer lo que nos manifiesta, permitir que externe sus sentimientos con libertad, ayudarlo a que ubique sus emociones y cuestionarlo sobre su idea de muerte.

Es necesario establecer con el joven una relación amistosa, no autoritaria, nunca juzgar, saber imponer límites, tener una actitud flexible, ofrecer una esperanza real y alternativas para que deje de sufrir, fomentar una legítima independencia que le ayude a canalizar adecuadamente la agresividad y la hostilidad hacia formas no destructivas de comportamiento. La orientación al descanso para recuperar las energías perdidas, la diversión, la práctica de deportes y de ejercicios físicos, una alimentación adecuada, evitar el consumo perjudicial de alcohol, no utilizar drogas, tabaco, café y sustancias adictivas. Utilizar técnicas de relajación y otras similares que contribuyan a suprimir o atenuar los síntomas más molestos. El uso de psicofármacos cuando un profesional los considere necesarios ayudará a que el adolescente se sienta más seguro, aceptado, protegido, alentado y menos sólo. El cambio de medio cuando los factores ambientales son considerados muy estresantes para un adolescente vulnerable puede ser un magnífico recurso para evitar una conducta autodestructiva.

Cuando están jugando en el adolescente rasgos pasivos, dependencia y timidez, se puede emplear una técnica llamada entrenamiento asertivo, que tiene como objetivo que el joven se sienta valioso y evite ser manipulado por los demás. Para lograr este objetivo se sugiere: Alentar a que reconozca y verbalice las emociones que son sentidas espontáneamente.

Aprender a discrepar y no fingir que se está de acuerdo con los demás.

Enseñar al adolescente a utilizar el pronombre YO, para que se involucre en su conducta y aprenda a responder por las consecuencias de ésta.

Aprender a exteriorizar sus emociones a través de su rostro, gestos y actitud corporal.

Aprender a aceptar los elogios y a reconocer sus virtudes y aciertos de manera razonable, ya que le ayudan a reforzar el YO de manera positiva.

Aprender a improvisar y responder espontáneamente a estímulos inmediatos, sin miedo a hacer al ridículo. Es muy importante acompañar al joven a que revise sus metas para hacerlas más realistas de acuerdo con sus potencialidades y así disminuir las posibilidades de fracaso y frustración, enseñarles a desarrollar el autodominio, incrementar el repertorio de actividades para que existan mayores opciones de éxito.

Otra forma de abordar al adolescente en situación de crisis suicida es mediante la llamada Primera Ayuda Psicológica, que consta de cinco etapas:

Establecimiento del contacto: es la etapa del acercamiento, en la que se debe escuchar detenidamente al adolescente, creer en lo que dice, no juzgarlo y permitirle que exprese sus pensamientos y sentimientos.

Conocer la dimensión del problema: formular preguntas abiertas que permitan conocer lo que piensa el sujeto, facilitar la expresión de emociones y sentimientos. Explorar la presencia de pensamientos suicidas.

Buscar posibles soluciones: abordar directamente los obstáculos para su consecución de manera realista para evitar nuevos fracasos y que se agrave la crisis suicida y buscar otras alternativas realistas como forma de afrontar situaciones problemáticas.

La acción concreta: tomar una medida a tiempo, involucrar a los familiares, realizar la hospitalización en caso necesario, canalizar a los lugares de salud mental, imponer un tratamiento. Se debe confrontar la situación Y nunca dejar solo ni por un instante al sujeto con una crisis suicida

Seguimiento: es necesario hacer un seguimiento del caso para evaluar los progresos y retrocesos del adolescente en su sintomatología suicida.

A grandes rasgos el psicólogo puede ayudar al adolescente con los pasos anteriores y a grandes rasgos son los siguientes.

- Tomar en serio sus comentarios y actitudes
- Creer lo que los adolescentes manifiestan
- Escucharlos con un verdadero interés
- Permitirles expresar sus sentimientos sin interrupciones, ni regaños (pueden que llore, que tengan ira o se sientan disgustados)
- Preguntar si tienen alguna idea suicida

Dentro del último punto se debe ir pensando cómo podemos resolver la situación, son diversas variantes que debemos tener en cuenta para ayudar a nuestro paciente, estas variantes son cuestionamientos que debemos realizar al adolescente.

Usted me ha dicho que apenas duerme y desearía conocer ¿Cuáles son sus pensamientos mientras tiene insomnio??

¿Usted ha tenido pensamientos malos? ¿Cuáles son?

¿En su familia alguien se ha suicidado o intentado suicidarse? (debemos esperar respuesta) y usted ¿lo ha intentado o lo ha pensado últimamente? ¿Cuándo fue la última vez que lo pensó?

¿usted ha intentado suicidarse?

¿usted ha pensado en matarse?

Si el adolescente expresa que ha pensado en suicidarse es necesario realizar un cuestionario para obtener la planificación suicida, lo que aumentaría extremadamente el peligro del suicidio.

Esta serie de preguntas sería el siguiente...

¿Cómo ha pensado en suicidarse?

¿Cuándo ha pensado en suicidarse?

¿Dónde ha pensado Suicidarse?

¿Por qué ha pensado suicidarse?

¿para qué ha pensado suicidarse?

Para obtener una respuesta que permita conocer cómo piensa el adolescente se deben evitar preguntas que pueden ser respondidas con monosílabas, lo cual lo impediría.

Debemos, responsabilizar al adolescente con su propia vida, siempre que ello sea posible.

Trabajar juntos en encontrar soluciones no suicidas, por lo que deben explorarse soluciones alternativas al problema que ha desencadenado la crisis suicida.

Establecer un pacto no suicida siempre que el estado del adolescente lo permita. Para ello se le compromete a no autolesionarse durante la crisis.

Pedir permiso para involucrar a otros miembros de la familia, amigos y cuantas personas sea necesario para apoyar al adolescente.

No juzgarlo, comprometiéndonos a guardar secreto de todas las confesiones que haga el adolescente.

Ser directivo, con el suficiente tacto como para no parecerlo.

Secuencia de preguntas

Una vez considerados estos principios se debe tener una idea del riesgo de suicidio del adolescente. Si ello no se ha conseguido, le sugiero realizar la siguiente secuencia de preguntas sobre la idea suicida, que ya enunciamos con antelación pero que en esta oportunidad ampliamos:

Pregunta: ¿Cómo ha pensado suicidarse?

Esta pregunta intenta descubrir el método suicida. Cualquier método puede ser mortal. Se

incrementa el peligro suicida si está disponible y existe experiencia familiar previa de suicidios con dicho método. Se incrementa el peligro si se trata de repetidores que incrementan la letalidad de los métodos utilizados para cometer suicidio. Es de vital importancia en la prevención del suicidio evitar la disponibilidad y el acceso a los métodos mediante los cuales se pueda lesionar el sujeto.

Pregunta: ¿Cuándo ha pensado suicidarse?

Esta pregunta no trata de averiguar una fecha específica para cometer suicidio sino más bien determinar si el adolescente está poniendo las cosas en orden, haciendo testamento, dejando notas de despedida, regalando posesiones valiosas, si espera la ocurrencia de un hecho significativo como la ruptura de una relación valiosa, la muerte de un ser querido, etc. Permanecer a solas es el mejor momento para cometer suicidio, por tanto, debe estar acompañado hasta que el riesgo desaparezca.

Pregunta: ¿Dónde ha pensado suicidarse?

Mediante esta pregunta se intenta descubrir el lugar en que se piensa realizar el acto suicida. Por lo general los suicidios ocurren en los lugares frecuentados por el suicida, principalmente el hogar y la escuela o casa de familiares y amigos. Los lugares apartados y de difícil acceso, con pocas probabilidades de ser descubierto, y los elegidos por otros suicidas, conllevan un riesgo elevado.

Pregunta: ¿Por qué ha pensado suicidarse?

Con esta interrogante se pretende descubrir el motivo por el cual se pretende realizar el acto suicida. Los amores contrariados, la pérdida de una relación valiosa, las dificultades

académicas o las llamadas de atención de carácter humillante se sitúan entre los más frecuentes. Los motivos nunca deben ser evaluados a través de la experiencia del entrevistador y siempre considerarlos significativos para el suicida.

Pregunta: ¿Para qué ha pensado suicidarse?

Se intenta descubrir el significado del acto suicida. El deseo de morir es el más peligroso, pero no es el único, pues pueden referirse otras como reclamar atención, expresar rabia, manifestar a otros cuán grande son los problemas, como una petición de ayuda, para expresar frustración, para agredir a otros, etc. Mientras más planificada está la idea suicida, el riesgo de cometer suicidio se incrementa considerablemente.

5.1. Las intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento de la conducta suicida

5.1.1. Terapia cognitivo conductual

La TCC utiliza unas estrategias principales dirigidas a desarrollar destrezas tales como reestructuración de pensamientos desadaptativos, identificación de sentimientos y emociones, adquisición de destrezas para la solución de problemas y para una comunicación más efectiva, fortalecimiento de redes de apoyo y la participación en actividades agradables.

5.1.1.1. Reestructuración Cognitiva.

Esta intervención implica buscar oposición sobre los pensamientos negativos y los supuestos en los que se basan los pensamientos negativos, buscando las pruebas de las

creencias negativas de los adolescentes buscando interpretaciones alternativas, y unos resultados esta se hace a través más positivos.

Hay que observar y neutralizar determinadas **distorsiones cognitivas** muy comunes entre los adolescentes suicidas como son las siguientes:

Inferencia arbitraria mediante la cual el sujeto llega a conclusiones determinadas sin poseer pruebas evidentes para ellas, como por ejemplo pensar que en el futuro las cosas le saldrán mal, pues en el pasado eso fue lo que ocurrió. En este caso el adolescente infiere el futuro en función del pasado, lo cual condiciona una actitud pesimista, de perdedor y con predisposición al fracaso.

Abstracción selectiva en la que el adolescente intenta arribar a conclusiones teniendo en consideración solamente un aspecto de la realidad como puede ocurrir en los adolescentes deprimidos que recuerdan principalmente sus fracasos cuando son sometidos a pruebas de ensayo y error.

Sobre generalización cuando el sujeto, a partir de un dato particular llega a conclusiones generales, como, por ejemplo, considerar que es un 'incompetente que está perdiendo facultades' por haber salido mal en una evaluación parcial de sus estudios.

Magnificación mediante la cual el adolescente evalúa de forma distorsionada un suceso, incrementa sus efectos y consecuencias. Es el caso de un sujeto que considera cualquier evento desagradable como 'una tragedia', 'una catástrofe', 'lo peor que podía haberle ocurrido'.

Minimización, mecanismo inverso al anterior en el que el adolescente evalúa de forma distorsionada sus potencialidades y habilidades, restándose sus méritos y cualidades positivas. Es el caso del adolescente que, ante un éxito frente a un examen difícil, que sólo él ha pasado, considera que cualquiera pudo haberlo hecho, incluso mejor que él.

Pensamiento polarizado mediante el cual el adolescente evalúa la realidad en 'blanco y negro', 'todo o nada', 'siempre o nunca', 'bueno o malo', 'perfecto o imperfecto', etc. Por tanto, son frecuentes las frases siguientes: 'Nada me sale bien', 'todo me sale mal', 'siempre fracaso', 'nunca acierto' y otras similares, sin cerciorarse que en la realidad ninguna situación es completamente mala o buena, sino que se nos muestra con diversos matices y una persona puede ser torpe en una tarea y muy eficiente en otras, por solo citar un ejemplo.

Personalización que es el mecanismo mediante el cual el adolescente considera cualquier situación o hecho, como referido a sí mismo, aunque no exista conexión alguna. Así, si no es saludado en la mañana por alguien conocido, puede pensar que eso ha ocurrido porque la persona está molesta con él o ella, o que no le han querido tener en cuenta, etc.

El manejo de las distorsiones cognitivas señaladas con anterioridad constituye un recurso válido para evitar que el adolescente se evalúe de forma anómala y ello le reste posibilidades de lograr una adaptación armónica al entorno.

Teóricos como (Freedman y Reineche 1995), (Hernandez, J. 1997) (M, 1997, Beck, A 1979), plantean que tratamientos para la depresión como factor de riesgo para la conducta suicida desde el modelo cognitivo conductual son:

Auto supervisión, esta hace referencia a que los propios adolescentes registren sus propios pensamientos y sentimientos, esta actividad es considerada como un medio de evaluación y una forma de terapia ya que la supervisión de los pensamientos positivos pueda hacer que los adolescentes aumenten su sensibilidad a través de los hechos positivos.

El entrenamiento de autoevaluación es otro del tratamiento desde el enfoque cognitivo conductual para la depresión éste busca cambiar la forma de autoevaluación de los

adolescentes para que sea más positiva, según (Hernández, J. 1997) este tratamiento consiste en hacer una comparación entre la conducta con los criterios internos de la persona, en donde se le enseña a los adolescentes a evaluarse positivamente.

5.1.1.2. Entrenamiento en habilidades sociales

Esta técnica se realiza a través de procedimientos en donde se enseña a los adolescentes el desarrollo de habilidades sociales incluyendo técnicas como el modelado, juego de rol, refuerzo positivo y retroinformación. Plan de actividades, esta trata de hacer que el individuo realice tareas que sean placenteras y que tengan un refuerzo positivo para lograr este plan de actividades hay que tener en cuenta el entorno social del adolescente, la familia y el nivel económico.

5.1.2. Terapia interpersonal.

La TIP fue desarrollada originalmente por Klerman y Weissman. Aunque originalmente se diseñó para pacientes con depresión, en la actualidad su ámbito de actuación se ha extendido a diferentes trastornos.

La TIP tiene muchos aspectos en común con la terapia cognitiva, aborda principalmente las relaciones interpersonales actuales y se centra en el contexto social inmediato del paciente.

El formato original dispone de 3 etapas a lo largo de 12-16 semanas, con sesiones semanales durante la fase del tratamiento de la fase aguda. Los síntomas y el malestar se relacionan con la situación del paciente

5.1.3. Terapia psicodinámica.

Capítulo 6. Prevención

6.1. ¿Cómo cuidar la salud mental física en esta etapa?

Durante la adolescencia, etapa fundamental de cambios y descubrimientos, se presentan en los jóvenes diversas situaciones que les producen ansiedad y depresión, y, que pueden culminar en ocasiones, en ideación o intento suicida. Desafortunadamente este problema se da más en individuos de los que imaginamos, ya que debemos saber que existe un subregistro de casos. Vale la pena conocer y reflexionar en las causas que llevan a un joven a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de esta acta y como prevenirlo. Debemos estar conscientes de que en el acto suicida hay una lucha interna entre el deseo de morir y el de seguir viviendo. Por lo tanto si al observar el comportamiento, ya sea verbal o no, de un joven no revela que podría intentar suicidarse, existen señales que manifiestan la posibilidad y se puede buscar apoyo de profesionales que puedan guiarlo a cambiar la perspectiva de su problema o prevenir situaciones de emergencia Es precisamente esta posibilidad de ayudar a los jóvenes a decidir por su propia vida lo que motiva a realizar un proyecto con métodos prácticos que promuevan una adecuada prevención del suicidio, no esperando que los individuos se acerquen a los medios de salud para solicitar ayuda, lo cual no sucede, por lo consiguiente llevar la ayuda a los centros de estudio donde se concentran.

6.1. Propuesta de Intervención en adolescentes con intentos suicidad con la terapia cognitivo conductual

Conforme a lo revisado a lo largo del Manuscrito, referente a las diferentes opiniones de autores como Freedman, Beck, Rivera, para la intervención psicológica en casos donde el adolescente tiene ideas suicidad y/o intentado Suicidarse, la Intervención con la TCC (Terapia Cognitivo Conductual), es el tipo de psicoterapia donde su principal objetivo es

trabajar en el aquí y el ahora y contribuye a mejorar las percepciones sobre los problemas, ésta permite que se cambien los pensamientos y las conductas de las personas. Además, que es un tipo de terapia “breve” a comparación de otras corrientes.

Dicho esto, me parece que la mejor forma de empezar la intervención después de realizar el diagnóstico es con las siguientes técnicas:

1. Reestructuración cognitiva.

Empezando con la psicoeducación de distorsiones cognitivas, donde el adolescente logrará entender ¿Qué son?, y ¿Cómo es que afectan estos “pensamientos” a nuestras emociones y conductas? , posteriormente ya que el adolescente tenga claro a que nos referimos con este termino , es importante que identifique que distorsiones cognitivas presenta y como estas le afectan en su día a día, esto se va a lograr implementando el Auto registro situación-pensamiento-emoción , donde el adolescente por escrito plasmara una o más situaciones donde se siente vulnerable , angustiado, enfadado, etc.. , en la columna de pensamiento colocará el pensamiento que identifico en ese momento , (lo tiene que escribir literalmente) , columna de emoción ahí se mencionara que sintió al presentar este pensamiento y el grado de intensidad del 1 al 10. Por último, en la columna de conducta, colocara la conducta que realizo en ese momento.

Ya identificado que distorsiones cognitivas son las que presenta, el siguiente paso es transformar estos pensamientos distorsionados a pensamientos adaptativos y reales. Aquí se puede hacer uso del *Dialogo socrático* ya que es un método para la indagación ó búsqueda de nuevas ideas y conceptos haciendo uso de preguntas de tipo inductivo dónde el adolescente tendrá que actuar como abogado de sus i

Conclusiones

Como conclusión basada en este proyecto la adolescencia es una etapa complicada de enfrentar, y en la actualidad más aún se podría decir que es crítica. Se producen diversos e importantes cambios sociales en el desarrollo del adolescente, se debe tomar en cuenta que, al pasar el tiempo, el ser humano va evolucionando y cambiando, es decir un adolescente en la actualidad, no es el mismo que hace décadas, existen importantes diferencias, como es la publicidad, consumismo, redes sociales, etc. También al realizar este proyecto se demuestra que las familias influyen en las decisiones de los adolescentes, ya que también el ambiente familiar ha cambiado, erróneamente se busca una mejor economía, dejando atrás, la calidad de vida de los hijos, y se busca llenar un vacío existencial con productos. Por otro lado, una gran parte de las familias se encuentran inestables, y los adolescentes presencian cambios profundos en su estructura familiar es decir no es lo mismo vivir con su madre sola o con un padre solo, que una familia funcional, en ocasiones la situación en los que se están desarrollando influyen para bien o para mal.

Al hablar de “Suicidio en adolescentes” se realiza con la intención de prevenir a padres de familia, maestros, sociedad, al mismo adolescente de no estigmatizarlo, y concientizar para aplicar medidas necesarias de prevención.

Los adolescentes al intentar o llevar a cabo el suicidio son diversas y complejas, pero también se debe saber que existe una constante, esta variable es que estos jóvenes suelen contar con poco apoyo emocional en la familia o en la sociedad. Existe gran diversidad de causas, como la desesperanza, la depresión y los problemas académicos junto a los familiares para que tomen la fuerte decisión de suicidarse es lamentable y preocupante que

un adolescente piense en el suicidio y más aún triste si llegan al deceso, por ello es importante que se fomente y se desarrolle, proyectos que puedan ayudar al adolescente a resolver sus problemas y ayudar a desarrollar capacidades cognitivas

Es una tristeza las cifras altas de suicidio, y es considerada la segunda causa de defunciones y una de las principales muertes entre los jóvenes a nivel mundial, se sabe que el problema de la conducta suicida es compleja que ya como se repite en varias ocasiones dentro del trabajo, existen diversos factores por ello que además del apoyo familiar y social, ya en adolescentes con ideas suicidas requieren de un apoyo profesional en la salud mental quien están obligado a profundizar y aclarar lagunas mentales de los adolescentes, se debe escuchar, conocer sus motivos para querer hacerlo y lo que sucede en el antes y después de del intento, que realicen una reflexión en la experiencia que han tenido para ellos. Hay que recordar que se encuentran en una etapa en la que crecen y se desarrollan tanto el cuerpo como el cerebro, y en esta etapa se empiezan a independizar de los padres, y también los padres tienen la función de no responsabilizarse de la salud mental del adolescente, sino simplemente tratar de orientarlos, por lo que los adolescentes deben tener la capacidad de tener una vida saludable para tener un mejor futuro.

Es importante considerar los enfoques que se han utilizado para estudiar el suicidio y estos son teóricos y clínicos esto con la finalidad de comprender la tasa de mortalidad por suicidios.

Referencias

- Aguirre, A. (1996). *Psicología de la Adolescencia*. México: Alfa Omega.
- Borges G, Rosovsky H, Gómez C, Gutiérrez R. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Publica Mex* 1996; 38:197-206.
- Brooks, F. (1959). *Psicología de la Adolescencia*. Argentina: Kapelusz. 1ª edición, 1948.
- Beck. (1979). Cognitive therapy and the emotional disorders. En Beck, *Cognitive therapy and the emotional disorders* (pág. 65).
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión* (15th ed.). Bilbao: Editorial desclee de Brouwer, S.A.
- Cavanagh. (2003) "Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review". *Psychological Medicine*.
- Conner KR. (2004). "Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration". *Alcohol Clinical Experimental Research*,
- Delgado R. (1999). *Perfil del Núcleo Familiar del adolescente con intento de suicidio*. Tesis de Especialidad en Pediatría Médica. UNAM.
- Ferri. (1928). La escuela de criminología positiva. En *Sociokigia Criminal* (págs. 75.-82).
- Freemann A. y Reinecke, M. A. (1995). *Terapia Cognitiva Aplicada a la Conducta Suicida*. Bilbao: Desclée de Brouwe, S.A
- Gesell, A. *El adolescente de 10 a 16 años*. Argentina: Piados. 4ª edición.
- Giner, I. P. (2012). Las víctimas de violencia e impunidad. *Psiquiatría y Salud mental*, 5-8.
- Gómez C, & Borges G. (1996). Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. *Salud Mental*.
- Gómez, A. (1991). Los condicionantes psicosociales de la conducta suicida. *Salud Mental*,
- González-Forteza C, Jiménez A, Gómez C. (1995). Indicadores Psicosociales asociados con la ideación suicida en los adolescentes. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*.

González-Forteza C, Andrade P, (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*.

González, B. T. (1998). En B. T. González.

INEGI, I. N. (2019). "Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio". *Comunicado de prensa Num. 45/19*, 1-2.

Mejía , M., & Gonzalez , J. (2011). Factores de riesgo y contexto del suicidio . *Revista Memoriz*

Organización Panamericana de la Salud, O. (2014). *OMS, Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=

Pedreira, M. (1995). Las Conductas Suicidas en la Infancia y la Adolescencia. En J.

Pedreira, J. L., & Martín, L. (2000). Obtenido de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46487404/04_BASES_PARA_UNA_COMPRENSION_ACTUALIZADA_DS0120.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DBASES_PARA_UNA_COMPRENSION_ACTUALIZADA_D.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credentia

Powell, MC. (1975). La psicología de la adolescencia. México: Fondo de Cultura Económica.

Rivera. (2003). *La lectura crítica y su relación con la formación disciplinar de estudiantes universitarios*. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0185276015001223>

Rodríguez, M. (1994). La vivencia grupal en la adolescencia. En A. Aguirre (Ed.). *Psicología de la adolescencia*. Colombia: Alfaomega.

Rodríguez (Ed.). *Psicopatología del niño y del adolescente*.

Ros, M. S. (1998). *La Conducta Suicida*. Madrid, ARAN Ediciones.

Sauceda JM. (1998). El intento de suicidio en menores de edad. *Rev.Med. IMSS*

Sue, s. y. (1996). comportamiento Anormal. En *Comportamiento anormal* (págs. 5-6). México: Mc Graw Hill.

Terroba G, Heman C, Saltijeral M, y Martínez, P. (1986): Factores Clínicos y Sociales asociados con él para suicidio y el suicidio consumado. *Salud Pública de México-*.