



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Fortalezas del desarrollo en adultos jóvenes y su relación
con las conductas suicidas

TESIS

Que, para obtener el título de:
Licenciado en Psicología

P R E S E N T A:

Omar Baza Arce

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Angélica Juárez Loya

REVISORA DE TESIS:

Dra. Paulina Arenas Landgrave

SINODALES:

Dra. Mariana Gutiérrez Lara

Dra. Ana Celia Chapa Romero

Dra. María Teresa Mojarás Rodríguez





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“Aquellos que eran vistos bailando, eran considerados locos por quienes no podían escuchar la música”

-Friedrich Nietzsche

Agradecimientos

En esta sección expreso toda la satisfacción que me da el haber concluido una de las etapas más importantes en mi vida, pero sé que es el comienzo de cosas increíbles y que me gustaría seguir compartiendo con las personas que me dijeron que nunca me dejara rendir, que su apoyo siempre estuvo presente y que siempre todo en algún momento de la vida valdría la pena:

A mis padres **Ángela** y **Felipe** por darme todo su amor, apoyo incondicional y una vida espectacular, llena de amor y sabiduría, gracias por brindarme la mejor de las cosas: estudiar. Gracias a su esfuerzo y dedicación hoy les dedico esta tesis, estos 4 años, días de desvelo y sacrificios para que el día de hoy este cumpliendo uno de mis más grandes sueños, los amo siempre.

A mis hermanos **Homero**, **Victoria** y **Martín**, gracias por siempre orientarme en mis decisiones, en apoyarme en lo que siempre quise y estar cuando más lo necesité, las cosas que siempre hemos vividos juntos y la experiencia de estar siempre el uno para el otro, siempre los amaré y serán mis guías para seguir.

Muchas gracias a mis sobrinas **Marissa**, **Michelle**, **Valentina** y **Frida** a mi sobrino **Emiliano** por ser para ustedes como un hermano, y darme la oportunidad de fomentar en sus vidas, en especial a Marissa y Michelle por siempre ser como mis hermanas pequeñas que a lo largo de los años nuestras experiencias siempre nos han hecho crecer y ser personas increíbles para nosotros y los demás.

Muchas gracias, **Humberto Miguel** mi compañero de vida, mi confidente y buen amigo, siempre estaré agradecido con la vida por haberte puesto en mi camino, siempre lo he dicho estamos destinados a lograr cosas increíbles, infinitas gracias por estar siempre en los mejores y peores momentos de mi vida, te amo.

Muchas gracias, **Juan Manuel**, **Sandra** y **Alfonso** por compartir la vida con mis hermanos y ser un sostén importante en su vida y en la mía, gracias siempre por ese apoyo que jamás se comparara con algún otro, a **Juanito** por siempre apoyarme desde mis primeros años en la escuela con las matemáticas y todas las experiencias de vida.

A mi familia Herrera de la Cruz, **Paula, Juan Herrera, Juanito, Lety, Gaby, Elías**, infinitas gracias siempre por estar en mi vida y tener un papel importante en ella, por ser pilares y personas a seguir, que bien tengo de ejemplo a muchos de ustedes siempre agradecido por su apoyo, amor incondicional y esas platicas interminables de como jugársela en la vida.

A mis amixes DOMS, **Diana, Mariana, Saraí**, por ser mis hermanas de vida, y compartir nuestros metas siempre juntos, agradezco siempre por que forman parte de mi vida y ser unas personas increíbles que siempre estarán para mí no tiene precio, gracias por estar en una de las etapas más importantes en mi vida las amo.

A mis amixes de CCH SUR, **Marianita, Quica, Ivonne, Diego, Karina Alberto, Pamela**, siempre estar agradecido por que formarán parte de mi vida y vivir momentos que jamás se olvidarán y que siempre llevaré en mi corazón ya que estuvieron en las etapas más felices de mi vida les amo siempre.

A mis amixes de la Facultad, **Frida, Monse, Areli, Arlene, Alice**, infinitas gracias por formar todos estos lazos de amistad que siempre estaré agradecido por compartir miles de experiencias que me dicen no te equivocaste en elegir a las personas indicadas para vivir una de las más grandes experiencias en mi vida, les amo siempre.

Muchas gracias, Doctora **Angélica Juárez**, por formar parte de este gran sueño y ser una guía esencial en mi vida profesional, por todo el conocimiento y la experiencia que me ha dado en los últimos 2 años de mi carrera profesional, sin dejar de lado la personal y formarme como un buen profesional de la salud, gracias por todo el apoyo y los consejos de vida, espero compartir más cosas en un futuro y trabajar juntos.

A mi revisora **Paulina Arenas**, por compartir su conocimiento y formar parte de esta gran aventura, gracias por el tiempo y sus consejos y sin palabras por la experiencia vivida al realizar esta tesis.

A mis sinodales, **Mariana Gutiérrez, Ana Celia y María Teresa** excelentes Dras. gracias por su apoyo y dedicación en este proyecto y sus consejos para lograr culminar esa etapa tan importante en mi vida. Mil gracias.

Índice

Introducción	3
Capítulo 1. Suicidio en jóvenes.....	5
Capítulo 2. Fortalezas del desarrollo	17
Planteamiento del problema	29
Justificación	29
Método.....	30
Preguntas de investigación	30
Objetivo general.....	30
Objetivos específicos.....	30
Hipótesis.....	30
Diseño, tipo y alcance de la investigación	31
Definición conceptual de variables.....	31
Definición operacional de las variables.....	32
Participantes	32
Instrumentos	32
Procedimiento	34
Análisis de datos.....	34
Resultados	36
Discusión	53
Conclusiones	57
Referencias.....	58
Anexos	73

Índice de tablas

Tabla 1 Fortalezas de desarrollo de Benzon (1996).....	24
Tabla 2 Resultados de la prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov)	34
Tabla 3 Resultados de la prueba Kruskal-Wallis, comparación de fortalezas del desarrollo en función del riesgo suicida (N= 476)	39
Tabla 4 Comparaciones entre grupos por medio de la prueba U de Mann Whitney (N =476).....	41
Tabla 5 Resultados de la comparación de riesgo suicida para mujeres por medio de la prueba Kruskal-Wallis (N= 331)	44
Tabla 6 Comparaciones entre fortalezas del desarrollo en mujeres con respecto al riesgo suicida (N =331)	46
Tabla 7 Resultados de la comparación entre fortalezas del desarrollo en función del riesgo suicida para hombres (N= 123).....	49
Tabla 8 Comparaciones de fortalezas del desarrollo entre grupos de riesgo en hombres por medio de la prueba U de Mann Whitney (N =123)	51

Resumen

En adultos jóvenes se conoce que existen factores tanto de protección como de riesgo que están ligadas a las conductas suicidas, estas pueden ir desde la supervisión y el apoyo de los padres hasta las expectativas escolares. Dichos factores mejor conocidos como fortalezas del desarrollo, se consideran como las capacidades del individuo y contribuciones positivas a la comunidad relacionadas con la plasticidad del desarrollo humano (adaptarse a cambios positivos y negativos) las cuales apuntan a que los jóvenes obtengan resultados positivos para su desarrollo. Por ello esta investigación tuvo como objetivo evaluar las fortalezas del desarrollo en relación con el riesgo de conductas suicidas, así mismo observar diferencias entre ambos sexos. Se recabo la información a través de un formulario de forma digital. Así mismo se realizó un análisis no paramétrico ya que no se cumplió el criterio de normalidad para poder utilizar pruebas paramétricas, finalmente se realizó la prueba H de Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney, para observar las diferencias particulares entre los grupos. Dando como resultado que, en el grupo de mujeres, la mayoría de los factores evaluados mostraron diferencias estadísticamente significativas a excepción de los factores: reglas en casa, amigos saludables e importancia de la religión. Mientras que, en los resultados del grupo de hombres, algunos factores no tuvieron participantes, pero en los que sí fueron evaluados se observaron diferencias estadísticamente significativas, como en los factores: supervisión de la madre, apoyo de la madre, importancia de la salud, resistencia a la presión, toma de decisiones y expectativas escolares.

Palabras clave: fortalezas del desarrollo, conductas suicidas, adultos jóvenes, factores de protección factores de riesgo.

Abstract

In young adults, both protective and risk factors are known to be linked to suicidal behaviors, ranging from parental supervision and support to school expectations. These factors, better known as developmental strengths, are considered to be the individual's capacities and positive contributions to the community related to the plasticity of human development (adapting to positive and negative changes) which aim to provide young people with positive developmental outcomes. Therefore, this research aimed to evaluate developmental strengths in relation to the risk of suicidal behaviors, as well as to observe differences between both sexes. The information was collected through a digital form. A non-parametric analysis was also performed, since the normality criterion was not met in order to use parametric tests. Finally, the Kruskal-Wallis H test and the Mann Whitney U test were performed to observe the particular differences between the groups. As a result, in the women's group, most of the factors evaluated showed statistically significant differences with the exception of the following factors: rules at home, healthy friends and importance of religion. Meanwhile, in the results of the male group, some factors had no participants, but in those that were evaluated, statistically significant differences were observed, as in the factors: mother's supervision, mother's support, importance of health, resistance to pressure, decision making and school expectations.

Key words: developmental strengths, suicidal behaviors, young adults, protective factors, risk factors.

Introducción

La definición de suicidio parece relativamente clara etimológica y conceptualmente (muerte producida por uno mismo con la intención precisa de poner fin a la propia vida), aunque el término resulta polisémico. De hecho, más allá de la muerte por suicidio, las conductas suicidas que aparecen en la clínica psicológica se presentan de forma muy diversa, responden a motivaciones distintas y requieren por ello, de vías de intervención diversas (Grupo de trabajo, 2011). Así mismo la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) señala que, si bien el suicidio no es necesariamente la manifestación de una enfermedad, los trastornos mentales si son un factor muy importante asociado con el suicidio. Los estudios realizados por la OMS para países tanto en vías de desarrollo, como desarrollados, revelan una prevalencia total de 80 a 100 por ciento de trastornos mentales entre los casos de muertes por suicidio y se estima que el riesgo del suicidio en personas con trastornos como la depresión es de seis a quince por ciento; el alcoholismo siete a quince por ciento y con la esquizofrenia cuatro a diez por ciento; además se señala que una proporción importante de las personas que cometen suicidio, mueren sin haber consultado a un profesional de la salud mental. Por lo que, se estima que la asociación entre trastorno mental y suicidio sea mucho mayor de lo que se puede analizar con los datos.

El suicidio es una urgencia vital ubicada no solo en un contexto biográfico de pérdida de la salud de la persona, sino también de debilitamiento de sus redes afectivas y sociales. Así, en la toma de decisiones de una persona que se implica en una conducta suicida hay tres componentes básicos: a) emocionalmente, un sufrimiento intenso; b) conductualmente, una carencia de recursos psicológicos para hacerle frente; y c) cognitivamente, una desesperanza profunda ante el futuro, acompañada de la percepción de la muerte como única salida. Por ello, el suicidio no es un problema moral, es decir, los que intentan suicidarse no son cobardes ni valientes, solo son personas que sufren, que están desbordadas por el sufrimiento y por sentir que no tienen esperanza en el futuro (Bobes et al., 2011). Sin embargo, muchas personas que llevan a cabo una conducta suicida no desean morir (de hecho, son muchas más las tentativas suicidas que los suicidios consumados), lo

único que quieren es dejar de sufrir y por eso pueden estar contentos de no haber muerto una vez que el sufrimiento se ha controlado (Spirito et al., 1998).

Una vertiente importante del estudio de la conducta suicida son los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de suicidio. En este estudio, las fortalezas del desarrollo forman parte de una nueva visión en la psicología llamada desarrollo positivo de los jóvenes. Años atrás el predominio de una visión negativa de la adolescencia daba como resultado una menor sensibilización social hacia sus necesidades, surgiendo una nueva visión de intervenir con jóvenes ante la insatisfacción en desestimar las capacidades del adolescente por centrarse solo en sus déficits (Lerner, 2005). En contraparte, las fortalezas del desarrollo se basan en el desarrollo de talentos, potenciales e intereses, percibiéndolos como recursos y no como problemas para la sociedad (Damon, 2004). En 1990, Benson definió las fortalezas del desarrollo como relaciones clave, oportunidades, valores, habilidades y autopercepción que ayudan a los jóvenes a limitar su involucramiento en conductas de riesgo, demostrar resiliencia ante la adversidad y ser productivos (Benson et al 2006). Se han propuesto 40 fortalezas: 20 internas (FI), que se refieren a los valores, habilidades y autopercepciones que los jóvenes desarrollan para regularse a sí mismos y 20 externas (FE), que hacen referencia a las oportunidades de desarrollo positivo que se dan por medio de las múltiples interacciones adultos-adolescentes-pares y son reforzadas por las instituciones como la escuela y la comunidad (Benson, 2002; Benson et al., 1998; Leffert et al., 1998).

En este trabajo, se evaluaron las fortalezas del desarrollo y sus diferencias entre grupos de riesgo de suicidio en jóvenes, en el entendido de la importancia que debe considerar factores que pueden proteger a esta población de la conducta suicida y con miras a que en el futuro se cuente con más información de cuáles de las fortalezas del desarrollo será importante continuar fomentando en esta población para prevenir el suicidio.

Capítulo 1. Suicidio en Jóvenes

El suicidio se refiere a una conducta potencialmente autolesiva en la que hay evidencia de que la persona no siempre tiene la intención de morir, sino que puede tener diversas motivaciones, por ejemplo, para obtener algo, buscar ayuda, castigar a los demás o recibir atención (O Carroll et al., 1996).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1976, define la expresión de acto suicida como todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y del conocimiento del verdadero móvil (como se citó en Secretaría de Seguridad, 2018).

Uno de los ciclos vitales en los que la psicología ha centrado su interés es la juventud, etapa que se caracteriza por preparar al sujeto para asumir responsabilidades como afrontar un hogar y trabajar; cuestión que implica que los jóvenes planteen metas personales que se ven consolidadas en su proyecto de vida (Cubides et al., 1998).

Los jóvenes deben enfrentarse a una serie de vivencias que los ubican en condiciones de vulnerabilidad y que muchas veces dificultan el cumplimiento de su proyecto de vida, metas y expectativas. Entre ellas se encuentra el uso de sustancias psicoactivas, manejo de relaciones inadecuadas, violencia, acoso escolar, maltrato, suicidio entre otros (Viancha et al., 2013).

La muerte puede considerarse como uno de los fenómenos individuales que mayor impacto genera en la familia y el contexto inmediato en la medida en que la certeza de ausencia y la radicalidad de esta, movilizan innumerables acciones de la humanidad para hacerle frente y restablecer la confianza hacia la vida por parte de los sobrevivientes (Casullo, 2005). Cabe destacar que el suicidio es por lo general el resultado final de una serie de eventos previos como la ideación y el intento suicida (Posada et al., 2007). En este punto, cabe destacar que tener ocasionalmente pensamientos suicidas es normal, estos pueden manifestarse como parte del proceso normal de desarrollo en la infancia y la adolescencia, al tratar de elucidar los problemas existenciales cuando se trata de comprender el sentido de la vida y la muerte (OMS, 2001). Sin embargo, existen indicadores como la frecuencia con la que aparecen estos pensamientos o si estos evolucionan hacia

un plan para la muerte propia, que nos permiten saber cuándo la persona aumenta su riesgo de suicidio y sale de la norma.

1.1. Conductas suicidas

El estudio de las conductas suicidas, desde el punto de vista epidemiológico, es diferente a la muerte por suicidio, que se basa en gran medida en estadísticas recolectadas rutinariamente por las instancias oficiales a través del certificado de defunción; en el caso del intento de suicidio, no hay organismo que disponga de información veraz, sobre este problema ya que no es obligatorio reportarlo, mucho menos reportar la ideación o los planes suicidas. Solamente en algunas ciudades de algunos países europeos se ha diseñado un sistema de reporte de casos de intentos de suicidio para estudiar este fenómeno (Borges et al., 2010).

La investigación sobre las conductas suicidas distingue entre ideación, intento y acto suicida; como se puede ver, dichas conductas dependen de múltiples factores que denotan de una enorme heterogeneidad. Así entonces la ideación suicida se define en referencia a la pauta de afrontar los problemas que tiene cada persona mientras que el intento es el daño infringido con diferentes grados de intención de morir y de causarse lesiones (Rascón et al., 2004). Lecrubier (2002) menciona que la presencia de ideación suicida es una importante señal de alarma y el mejor predictor para la realización de un intento de suicidio; así y los intentos, predicen la muerte por suicidio.

Son numerosos los estudios que ofrecen aproximaciones acerca de las posibles causas del suicidio, sin que se haya podido determinar la principal. La conducta suicida no es una conducta aleatoria, ya que se encuentra asociada a factores sociales, psicológicos y biológicos. Esta característica, aunque enriquece su explicación complica la predicción de esta conducta (Serrano y Flores, 2005). La exploración de los factores que pueden proteger a los jóvenes ante el comportamiento suicida ha de ser una prioridad en las investigaciones de salud pública.

1.2. Factores de riesgo para las conductas suicidas.

La conducta suicida no se hereda, pero sí la predisposición genética para padecer determinadas enfermedades mentales; por consiguiente, en los pacientes con dicha intención hay que precisar si existen esos antecedentes patológicos familiares para poder intervenir en la reducción del riesgo suicida, pues para prevenir ese comportamiento deben promoverse modos de vida saludables como la práctica sistemática de deportes, una sexualidad responsable, los hábitos no tóxicos y el desarrollo de múltiples intereses que permitan un uso adecuado del tiempo libre (Hernández & Villarreal, 2015).

En las personas en riesgo puede haber algunos factores predisponentes, como haber sufrido sucesos traumáticos o de suicidio en la familia, mostrar un nivel alto de impulsividad/ inestabilidad emocional o carecer de recursos de afrontamiento adecuados. Esta predisposición puede interactuar con ciertos factores precipitantes, como la fase aguda de un trastorno mental, los pensamientos suicidas, el fácil acceso a métodos letales, el acoso o algún acontecimiento vital adverso reciente, sobre todo si se genera humillación profunda. La vulnerabilidad psicológica, como estar separado o sin pareja o verse obligado a hacer frente a situaciones vitales estresantes intensas o duraderas, como una enfermedad crónica, el abandono de sus seres queridos o la pérdida de estatus social. En concreto, el aislamiento social es especialmente relevante en ancianos y adolescentes (Blasco et al, 2010).

Para la toma de decisiones clínicas se deben identificar los factores subyacentes para estimar el riesgo de muerte, entre estos figuran los sociales, familiares, psicológicos y biológicos.

1.2.1 Factores sociales que ayudan a identificar el riesgo de muerte

Los factores sociales y culturales tienen una importancia decisiva en la explicación de la evolución del pensamiento, sin embargo, es necesario afirmar que ellos no actúan en bloque ni de modo unilateral e independientemente de los factores biológicos e individuales (Dongo, 2009).

Tensión social: es la descripción de una configuración contextual particularmente favorable o criminógena para la incidencia del crimen violento,

identificable a partir de los mecanismos sociales que generan dicha configuración contextual (Ramírez, 2017).

Cambio de posición socio económica: Las condiciones socioeconómicas de una población, región o país se establecen a través de indicadores diversos como: ingresos y gastos de hogares, consumo de la población, el peso de la deuda pública y el gasto social en el país, los programas y sus resultados de lucha contra la pobreza, la evaluación de los indicadores relativos a los objetivos del milenio y del índice de desarrollo humano (Jama & Cornejo, 2015).

Pérdidas personales: la pérdida es una de las experiencias más dolorosas que un ser humano puede sufrir. Y no solo es dolorosa por experimentarla personalmente, también puede ser doloroso ser testigo de ésta, especialmente porque nos sentimos imponentes de ayudar (Vargas, s/a).

Pérdida de empleo: La pérdida de empleo desencadena un proceso de reajuste a nivel global en la persona en todas sus dimensiones, personal, social y familiar (Afonso & Poeschl, 2006). El desempleo supone la pérdida del contacto con una situación con la que se mantiene un vínculo afectivo (Díaz et al., 2015).

Catástrofes: Una catástrofe es todo suceso grave, repentino e importante acaecido a una colectividad, donde se producen amenazas serias e imprevistas para la salud pública. Estos desastres pueden ser clasificados como naturales o provocados por el hombre de acuerdo con su naturaleza a instantáneos o duraderos atendiendo a su estabilidad temporal (Páez et al., 1995).

Desarraigo: El desarraigo es interpretado como la falta de interés o lazos con el entorno en que se vive, es el inconstante estar aquí, pero ser de allá, no pertenecer a ningún lado, sin embargo, extrañar algo que no se tiene o que se perdió en el transcurso de la vida es un devenir de esta era (Rodríguez, 2012).

Violencia de género y violencia intergeneracional: El comportamiento suicida puede asociarse a mujeres que están sufriendo violencia de género, que no encuentran otra salida, sumidas en la desesperanza y en la angustia, y esto afecta también a sus hijos e hijas. Esta exposición a la violencia en la infancia se asocia significativamente con problemas de salud mental en la vida adulta, por lo que es

fundamental preguntar por sus hijos e hijas las personas que acuden a urgencias por violencia de género o intento de suicidio (Generalitat Valenciana, s/a).

1.2.2. Factores familiares que ayudan a identificar el riesgo de muerte

Los hallazgos de varios estudios evaluados en una revisión sistemática indican una relación significativa entre fenómeno suicida y los miembros de la familia: buena comunicación y sentirse comprendido por miembros de la familia fue asociado con menos prevalencia de pensamientos e intentos suicidas en adolescentes, algunos estudios han relacionado bajos niveles de comunicación entre padres e hijos con ideación e intento suicida (Vargas & Saavedra, 2011).

Funcionamiento familiar problemático: aquel en el que los conflictos, la mala conducta y el abuso se producen continua y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse y a normalizar tales acciones (Anaya et al., 2018).

Abandono afectivo y desamparo: es aquí donde se hace presente la evolución basada en el afecto, la estimulación y protección de las sensaciones y expresiones emocionales, los cuidadores de los infantes descuidan todo este tipo de necesidades, formando así una mala estructura de su personalidad (Acevedo et al., 2017).

Familia inexistente: muchas familias de las denominadas disgregadas, nunca estuvieron en su etapa de pareja, sino hasta el matrimonio. Su misma inexistencia dispensa que se extienda largamente sobre sus características. Considerar el matrimonio solo bajo sus características religiosas o sociales, no basta para hacer un hogar, de igual forma que tampoco lo crean las muestras exteriores de respeto (Pérez, 2010).

Violencia doméstica: acción u omisión, directa o indirecta, ejercida contra un pariente por consanguinidad, afinidad o adopción hasta el tercer grado inclusive, por vínculo jurídico o de hecho por una relación de guarda, tutela o curatela y que produzca como consecuencia, el menoscabo de su integridad física, sexual, psicológica o patrimonial. El vínculo por afinidad subsistirá cuando haya finalizado la relación que lo origino (Bogantes, 2008).

Abuso sexual: la violencia sexual ocurre cuando alguien fuerza o manipula a otra persona a realizar una actividad sexual no deseada sin su consentimiento. Las razones por las cuales no hay consentimiento puede ser el miedo, la edad, una enfermedad, una discapacidad o la influencia de alcohol u otras drogas. La violencia sexual puede ocurrir a cualquiera. Aquellos/as que abusan sexualmente pueden ser personas conocidas, miembros de la familia personas confiadas o desconocidos/as (NSVRC, s/a).

La violencia sexual es un crimen, existen muchos tipos:

Violación o agresión sexual

Cualquier acto que degrada o daña el cuerpo o la sexualidad de la víctima y por tanto atenta a su libertad, dignidad e integración física (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2015).

Incesto

Hace referencia a la relación sexual entre miembros de una misma familia (Murillo, 2012).

Abuso sexual de menores

Es todo contacto y / o actividad sexual entre una(un) niña(o) o adolescente y una persona que ejerce una posición de poder sobre ella o él, sin su consentimiento o valiéndose de amenazas, violencia física, psicológica u obteniendo su consentimiento por medio de engaño, para estimularse sexualmente o estimular a otras personas (Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas 2016).

Acoso sexual

El acoso sexual es el ejercicio del poder en una relación de subordinación en las esferas laborales, escolares, entre otras; expresándose en conductas verbales, físicas o ambas, relacionadas con la sexualidad de connotación lasciva (Hernández et al; 2015).

Explotación sexual

La explotación sexual puede definirse como aquella actividad lucrativa e ilícita que obedece a un conjunto de prácticas sociales propias de una cultura de ejercicio abusivo del poder y violencia frente a quienes, por su condición económica, o debido a sus sucesos de vida como la pobreza, suelen ser vulnerables (Londoño et al; 2014).

1.2.3 Factores psicológicos que ayudan a identificar el riesgo de muerte

En jóvenes que consuman el suicidio, más del 90% sufren de un trastorno psiquiátrico asociado en el momento de su muerte más del 50% tenían un trastorno psiquiátrico en los últimos 2 años, es frecuente encontrar varios trastornos mentales comórbidos y cuanto mayor es el número de estos, más aumenta el riesgo de suicidio; resultados de análisis multivariados reportaron en dos estudios una relación directa para ambos géneros entre problemas de salud mental y fenómenos suicidas (Vargas y Saavedra, 2011).

Intento de autoeliminación anterior: conducta o acto autodestructivo, que tiene como meta alcanzar la muerte, con un elevado deseo de morir, solo que el resultado no fue la muerte (Baarder et al., 2011).

Pérdidas familiares: en el transcurrir de la vida, los seres humanos hacen frente a múltiples pérdidas. Cabe indicar que no todas las pérdidas tienen igual significado ni interfieren de la misma forma en la vida diaria, pero toda pérdida con valor real o simbólico conlleva un proceso de duelo, consciente o no, para quien lo sufre (Bastidas & Zambrano, 2020).

Frustraciones intensas: la mayoría de las teorías consideran que la frustración se asocia con respuestas conductuales, emocionales, psicofisiológicas y neurales similares o idénticas a la presentación de estímulos aversivos a su anticipación, por lo que se le considera un modelo de estrés y dolor psicológico (Amsel, 1958; Gray, 1987; Gray & McNaughton, 2000; Konorsky, 1967; Mustaca, 2013; Papini et al., 2015).

Ansiedad: la ansiedad es una experiencia emocional con la que todos estamos familiarizados, pero no por eso fácil de definir. La ansiedad es un fenómeno

normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, mal adaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades (Reyes, s/a).

Depresión: la depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda y pérdida de interés general por las cosas de forma mantenida. Además, suele asociarse a otros síntomas psicológicos, físicos y del comportamiento (Grupo de trabajo, 2014).

Baja autoestima: la autoestima es un factor importante para considerar en la vida de las personas en general. De acuerdo con Rice (2000), la autoestima de una persona es la consideración que tiene hacia si misma (Naranjo, 2007).

Alteraciones del sueño: los trastornos del sueño constituyen un grupo muy numeroso y heterogéneo de procesos. Hay muchísimas enfermedades que cursan con algún trastorno del sueño como uno más de sus síntomas. De hecho, es difícil encontrar alguna enfermedad que no altere en nada el sueño nocturno o la tendencia a dormir durante el día. El modo de clasificar tales enfermedades se ha basado, en la mayoría de los casos, en el sistema principal, y por ello se dividían en insomnios, hipersomnias, parasomnias, etc. (Pérez et al., 2007).

1.2.4 Factores biológicos que ayudan a identificar el riesgo de muerte

Un modelo es que la desregulación serotoninérgica es un rasgo biológico determinante y que un individuo con enfermedad mental que posee este rasgo es más proclive a responder a un estresor de una forma impulsiva o agresiva. Este modelo de respuesta podría dirigirse directamente al suicidio o podría simplemente incrementar el estrés que finalmente lo llevara al suicidio. Hay algunas evidencias que los individuos con intentos suicidas que tiene niveles bajos de 5-HIAA en líquido cefalorraquídeo son significativamente más proclives a intentos suicidas futuros y/o cometer suicidio (Vargas y Saavedra, 2011).

Trastornos metabólicos: un trastorno metabólico ocurre cuando hay reacciones químicas anormales en el cuerpo que interrumpen este proceso. Cuando

esto pasa, es posible que tenga demasiada o muy pocas sustancias que su cuerpo necesita para mantenerse saludable. Existen diferentes grupos de trastornos; algunos afectan la descomposición de los aminoácidos, los carbohidratos o los lípidos. (Medline Plus, s/a).

Enfermedades y dolor crónico (accidentes cardiovasculares, sida, neoplasias, entre otras): la enfermedad es un trastorno físico o mental que provoca alteraciones en el funcionamiento normal del organismo (Mercedes, 2013). El dolor crónico se define como el dolor que se extiende más de 3 o 6 meses desde su aparición o que se extiende más allá del periodo de curación de una lesión tisular o está asociado a una condición médica crónica (Mesas, 2012).

Enfermedades en fase terminal: enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad de retrasar la evolución, y que por ellos conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente (Buigues et al., s/a).

Trastornos psiquiátricos: los trastornos constituyen un gran reto y una prioridad para la salud pública moderna, debido a que están entre las causas más importantes de morbilidad en atención primaria y producen una considerable discapacidad. Igualmente, por definición son entidades clínicas de larga evolución, de inicio generalmente en la adolescencia o adultez temprana con remisiones y recurrencias que ocasionan un gran impacto en el funcionamiento personal, familiar, social y laboral del individuo (Campo & Cassiani, 2008).

Deterioro Cognitivo: el deterioro cognitivo es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, calculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad (IMSS, 2012).

1.3 Clasificación del riesgo suicida

El riesgo suicida ha recibido algunas clasificaciones de acuerdo con las características que expresa la personas desde las ideas de suicidios o la gravedad de los intentos suicidas (Hernández, 2015).

Litman en 1990 propuso el termino zona suicida para referirse a un área de riesgo conformada por ideas, planeas y conductas suicidas. Quienes presentan algunas de ellas se encuentran en la zona suicida.

Así se podría clasificar de riesgo leve a extremo:

- Leve: hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño, la persona rectifica su conducta, de manera que hay autocrítica.
- Moderado: existen planes con ideación suicida, posibles antecedente de intentos previos y factores de riesgo adicionales (más de un factor de riesgo).
- Grave: ideas concretas de hacerse daño; tiene antecedentes de un intento suicida previo; existen más de dos factores de riesgo, pero aun así pudiera no tenerse un plan suicida claro. Expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica su idea suicida.
- Extremo: presenta varios intentos suicidas con varios factores de riesgo y puede tener como agravante la autolesión.

1.4. Estadísticas relacionadas con el suicidio en México

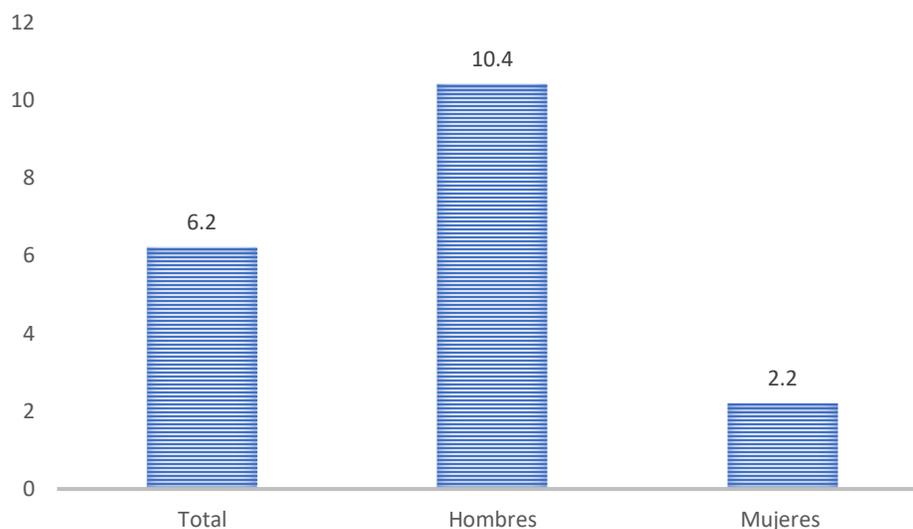
El suicidio es considerado un problema de salud pública que conlleva a una tragedia para las familias y para la sociedad. Estas pérdidas pueden prevenirse de manera oportuna, por lo que es debido centrarse en la comprensión de estos sucesos para crear estrategias adecuadas de intervención.

- En 2020, sucedieron 7 818 fallecimientos por lesiones autoinfligidas en el país, lo que representa 0-7% del total de muertes en el año y una tasa de suicidio de 6.2 por cada 100 000 habitantes.
- La tasa de suicidio es más alta en el grupo de jóvenes de 18 a 29 años, ya que se presentan 10.7 decesos por esta causa por cada 100 000 jóvenes.
- Para 2018, de la población de 10 y más, 5% declararon que alguna vez han pensado en suicidarse.

Por sexo, de los decesos por esta causa destaca que los hombres tienen una tasa de 10.4 fallecimientos por cada 100 000 (6 383), mientras que esta situación se presenta en 2.2 de cada 100 000 mujeres (1 427) (INEGI 2020).

Figura 1

Tasa de suicidio por sexo, 2020 (por cada 100 000 habitantes)



Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2020. Base de datos. Censo de Población y Vivienda, 2020.

El grupo de población de 18 a 29 años presenta la tasa de suicidio más alta: 10.7 decesos por 100 000 personas; le sigue el grupo de 30 a 59 años con 7.4 fallecimientos por cada 100 000.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018, de la población de 10 años y más, 5% declaró que alguna vez ha pensado en suicidarse; esto ocurre en 4% de los hombres y en 6% de las mujeres (Shamah et al; 2020).

La caracterización epidemiológica del estudio a nivel mundial muestra que en casi todos los países los hombres tienen tasas más elevadas que las mujeres. Como tendencia, aunque las mujeres son quienes realizan un mayor número de intentos, los llevados a cabo por los hombres tiene una mayor letalidad, estas diferencias, así como las especificidades en las formas de pensar y sentir de hombres y mujeres,

no han podido ser explicadas debido a la hegemonía tradicional de los discursos médico y psiquiátrico en el campo de la salud mental (Barroso, 2019).

Así mismo el estudio del suicidio, desde una perspectiva de género, ya se haga explícita e intencionalmente o no, se ha llevado a cabo desde dos grandes perspectivas teóricas y metodológicas. La primera es un enfoque epidemiológico de tipo positivista, mientras la segunda intenta una comprensión compleja del fenómeno con apoyo en la sociología, la antropología y la salud colectiva; como resultado de la aproximación epidemiológica positivista, se ha establecido diferencias en los métodos de suicidio empleados por hombres y mujeres, así como en los factores de riesgo para unos y otros. Mientras las mujeres emplean más el envenenamiento y el consumo de medicamentos, los hombres se valen de métodos más letales, como el ahorcamiento, los objetos punzantes y la defenestración (Barroso, 2019).

Finalmente, estudios demuestran que las preocupaciones de perfeccionismo socialmente visto como autocrítica, la preocupación por los errores y las dudas acerca de las acciones se correlaciona con la tendencia al suicidio, los pacientes con trastornos mentales y conducta suicida presentan temperamentos y personalidad específicas, distintas de las que no presentan (Ministerio de sanidad, 2011). Por causas ya descritas, el acto suicida tiene “lógica” para el individuo y se convierte en la “única salida” en la garantía de dejar de sufrir y en el refugio final, así mismo cuando la idea de culpa es agobiante, la expiación necesaria se traduce en suicidio (Hernández y Villareal, 2015).

Capítulo 2. Fortalezas del Desarrollo

En la actualidad existe una rica tradición de investigación que demuestra cómo algunos jóvenes que han crecido en condiciones extremadamente desfavorables han escapado sin daños graves, estos jóvenes han sido descritos como resilientes, se conoce que los jóvenes que prosperaban en circunstancias adversas contaban con el apoyo de mentores del vecindario (Leffert et al., 1998). Rutter y Giller (1983), demostraron que los jóvenes de entornos disfuncionales tenían una buena relación y corrían menos riesgo de padecer trastornos psiquiátricos.

De ahí que, en la praxis profesional dirigida a la atención psicológica, los modelos de prevención de riesgos psicosociales y de promoción de la salud mental no son antagónicos; por el contrario, son esfuerzos que se complementan y se relacionan íntimamente mediante la identificación de factores conocidos como activos del desarrollo adolescente dentro del Desarrollo Positivo de los Jóvenes (PYD, por sus siglas en inglés *Positive Youth Development*) (Oliva et al., 2017). Por tanto, las intervenciones diseñadas desde este enfoque pueden tener correlatos en varios niveles de atención psicológica; a saber: (a) promoción de la salud orientada al reconocimiento de fortalezas personales, activos y competencias; (b) prevención primaria concentrada en cambiar hábitos pocos saludables, así como en la atención de síntomas comunes presentes en poblaciones expuestas a factores de riesgo como la violencia, consumo de alcohol u otras sustancias, entre otras situaciones; y (c) prevención secundaria a través de estrategias de atención psicológica específicas como la orientación, consejería y psicoterapia centrada en el desarrollo de activos y competencias personales (Alves do Carmo & Brobeil, 2009; Gallegos, 2017).

Entonces, el PYD es un constructo complejo que concibe una adolescencia centrada en competencias o recursos psicológicos (Benson et al., 2006) que permiten la transición a la adultez de manera adaptativa, orientada al bienestar psicológico (BP) y al desarrollo de competencias, fortalezas o recursos (Oliva, 2015). El PYD habilita abordajes en diferentes niveles de atención y psicoeducación, siendo uno de sus ejes centrales los activos del desarrollo. Estos pueden ser

conceptualizados como recursos personales, escolares, comunitarios, contextuales y familiares que promueven el PYD, llegando incluso a ser considerados factores promotores del desarrollo debido a que actuarían como catalizadores positivos (Oliva et al., 2010).

2.1 . Desarrollo positivo

El inicio de los años 90 también representa un cambio para las ciencias de la prevención, uno de los efectos de dicho cambio es la corriente que se conoce como PYD un enfoque orientado a proporcionar apoyos y oportunidades a la juventud de cara a lograr un mejor desarrollo que les convierta en futuros adultos felices, sanos e implicados en contribuir en su contexto sociocultural más directo (Beltramo, 2018).

El PYD se ha venido desarrollando e implementando como una forma de resaltar los activos (*assets*) positivos del desarrollo de los jóvenes, en lugar de focalizarse en combatir las características negativas. Se trata de promover competencias (modelo de competencias) más que atender o remediar conductas de riesgo (modelo de déficits), centrándose en la promoción de resultados positivos en la adolescencia, en lugar de prevenir los resultados negativos. De acuerdo con este enfoque, prevención no es sinónimo de promoción, y una adolescencia saludable conduce a una adecuada transición a la adultez; así, para el PYD se requieren de algo más que la evitación de algunos comportamientos como la violencia, el consumo de drogas o las prácticas sexuales de riesgo, más bien se busca la consecución por parte del chico o la chica de una serie de logros evolutivos (Oliva et al., 2010).

El calificativo de *positivo* surge al considerarse que el paradigma previamente vigente hacía un excesivo hincapié en los aspectos negativos que pueden afectar la personalidad o en los riesgos en los que pueden ocurrir los jóvenes con sus conductas. En el surgimiento de esta corriente ha tenido mucho que ver con la psicología positiva de Martin Seligman y de hecho suele utilizar muchos de sus constructos para comunicar su forma de ver el crecimiento del adolescente, así como para plantearse objetivos concretos en los diferentes programas. Los teóricos del PYD no han alcanzado a acordar una definición precisa de qué es y qué implica

tanto desde el punto de vista teórico como práctico (Beltramo, 2018). No obstante, existe un consenso en lo que respecta a los componentes principales que abarca este enfoque. Porque, de hecho, más que una escuela, es una forma general en encarar tanto la educación como la promoción de la salud, cosa que suma entre sus bases los avances de la psicología del desarrollo. Estos modelos enfatizan que el desarrollo humano deriva de las relaciones dinámicas y sistemáticas y por lo tanto bidireccionales y mutuamente influyentes entre los múltiples niveles de organización que componen el sistema que condiciona o propicia esta evolución del ser humano (Lerner et al., 2005). Este desarrollo tiene, de alguna manera y en algún punto, una plasticidad adaptativa que el ser humano puede regular en favor de su crecimiento y mejora, tomando en cuenta factores físicos, psicológicos, ecológicos e históricos. El desarrollo es, por tanto, una constante ida y vuelta entre lo que el individuo tiene y aquello con lo que se relaciona (Bronfenbrenner y Ceci, 1998).

Lerner et al. (2005) proponen que el desarrollo positivo depende de las relaciones de los jóvenes y de aspectos de su contexto, que se verán reflejadas en atributos del individuo y contribuciones positivas para su propia vida, la de su familia, la de su comunidad y la de la sociedad en general. Larson (2006) señala que es un proceso en el cual la capacidad de los jóvenes para ser motivados por retos potencializa su compromiso activo en el desarrollo, por lo tanto, el sistema motivacional debe mantenerse activo en múltiples dominios del desarrollo mientras los jóvenes enfrentan los desafíos de la vida diaria. Heck y Subramaniam (2009) lo describen como un enfoque acerca de las características del desarrollo que subyacen a conductas positivas en los jóvenes. Benson et al. (2006) señalan que la mayoría de las definiciones comparten una o varias combinaciones de los siguientes supuestos:

- 1) Refieren contextos de desarrollo (lugares, ambientes y relaciones que generan apoyos, oportunidades y recursos).
- 2) Consideran la naturaleza del ser humano con la inherente capacidad de crecer y desarrollarse (involucramiento activo en contextos enriquecedores).

- 3) Contemplan fortalezas del desarrollo (atributos de la persona que incluyen habilidades, competencias, valores y disposiciones importantes para tener éxito en la vida).
- 4) Buscan la reducción de conductas de riesgo.
- 5) Promueven resultados favorables, como competencias y habilidades para enfrentar la vida adulta.

El PYD surgió a finales del siglo XX como un enfoque alternativo a la orientación tradicional del déficit, en el cual se adopta una perspectiva saludable que retoma y amplía el concepto de salud para incluir habilidades, conductas prosociales y competencias necesarias para tener éxito en la educación, el trabajo y la vida cívica, para predecir resultados favorables físicos, emocionales y sociales en los adolescentes, que les permitan llevar una vida adulta saludable (Andrade, 2018). Al respecto, Roth & Brooks-Gunn (2003) señalan que los programas que incorporan el PYD pretenden influir en el desarrollo saludable incrementando oportunidades y apoyos, no solo previniendo problemas: ya que como lo afirman Pittman et al. (2000), estar libre de problemas no significa estar preparado para asumir de manera eficaz los roles y responsabilidades de adultos.

Para Small y Memmo (2004) los modelos teóricos contemporáneos del desarrollo del adolescente pueden agruparse en tres tipos: 1) prevención, 2) resiliencia y 3) PYD. Los enfoques de prevención se centran en reducir o eliminar los factores de riesgo e incrementar o promover factores de protección, la mayoría de los programas bajo este enfoque enfatizan la promoción de características positivas como estrategia para prevenir un problema particular. La resiliencia se ha centrado en identificar aquellos factores que distinguen a los individuos que han demostrado adaptación cuando enfrentan a los individuos que han demostrado adaptación cuando enfrentan adversidad en comparación con aquellos individuos que presentan problemas. En contraste, el PYD enfatiza la promoción del desarrollo positivo y las condiciones que contribuyen a la salud y el bienestar y se basa en cuatro supuestos: 1) la mejor forma de prevenir problemas consiste en animar a que los jóvenes desarrollen todo su potencial, 2) los jóvenes necesitan un conjunto de apoyos y oportunidades para crecer, 3) las comunidades necesitan movilizar la

capacidad de apoyo para el desarrollo de los jóvenes y 4) los jóvenes no deben ser vistos como problemas sino como personas que deben cultivarse y desarrollarse.

En relación con el enfoque de fortalezas, investigadores del Search Institute of Minnesota propusieron un enfoque del PYD basado en resiliencia, cuyo propósito era identificar los apoyos disponibles para la gente joven que les ayudarán a desarrollarse (Andrade, 2018). Así mismo Benson (2007) identificó un amplio rango de aspectos o apoyos ambientales e interpersonales que promueven resultados saludables para niños y adolescentes.

Benson et al. (2006) definieron las fortalezas como relaciones clave, oportunidades, valores, habilidades y autopercepciones que ayudan a los jóvenes a limitar su involucramiento en conductas de riesgo, demostrar la resiliencia ante la adversidad y ser productivos. Benson identificó 40 fortalezas que dividió en ocho categorías, cuatro se refieren a fortalezas externas, las cuales pueden obtener los jóvenes de los adultos, los amigos y la comunidad; las otras cuatro se refieren a fortalezas internas, las cuales incluyen, valores, habilidades y autopercepciones que los jóvenes desarrollan para regularse a sí mismos (Benson, 2002 & 2007; Benson et al., 1998; Benson & Scales, 2009; Leffert et al., 1998; Scales, 1999).

Otros autores han demostrado evidencia empírica de que las fortalezas se relacionan negativamente con conductas de riesgo como uso de tabaco (Atkins et al., 2002); uso de alcohol y drogas (Beebe et al., 2008; Oman et al., 2005); conducta sexual (Evans et al., 2004; House et al., 2010; Reininger et al., 2003; Vesely et al., 2004) y positivamente con logro escolar (Murphy et al., 2004; Scales et al., 2006; Scales, 1999).

También se ha demostrado que las fortalezas promueven resultados positivos como conducta prosocial, retraso en la gratificación, liderazgo (Scales et al., 2011; Taylor et al., 2004; Theokas et al., 2005) y que desarrollar fortalezas internas en los jóvenes sin hogar, incrementa la posibilidad de que sean adoptados (Howse et al., 2010). Aunque no se encontró evidencia hasta el momento de las PYD y el suicidio en esta población.

En México se tiene evidencia empírica de la influencia de diferentes factores tanto individuales como familiares y sociales en diferentes conductas de riesgo de

los jóvenes. En cuanto a los aspectos individuales destacan las habilidades de resistencia a la presión de pares, de autocontrol, planeación del futuro y solución de problemas (Andrade et al., 2009; Alfaro et al., 2010; Parrao & Andrade, 2010). En referencia a los factores familiares están la supervisión parental como factor protector (Andrade et al. 2014; Becerra & Castillo, 2011; Betancourt & Andrade, 2011; Rodríguez et al., 2007; Strunin et al., 2013) y el control psicológico parental como factor de riesgo (Andrade & Betancourt, 2012; Andrade et al., 2012; Betancourt et al., 2008). Entre los aspectos sociales está la relación con pares con conductas de riesgo (Andrade, 2012; Latimer et al., 2004; Sánchez & Andrade, 2010 y 2012).

También se ha estudiado el bienestar psicológico como una característica de desarrollo positivo, González y Andrade (2013) encontraron que la autoaceptación dimensión del bienestar psicológico es un factor protector del intento de suicidio en jóvenes y las practicas parentales (como fortaleza externa) predicen el bienestar psicológico de los jóvenes (González & Andrade, 2014). En otro estudio, se comprobó que la comunicación y el control conductual familiar son fortalezas que contribuyen al bienestar psicológico de los jóvenes y los protegen de involucrase en conductas de riesgo (Andrade & González, 2015).

2.2 Fortalezas del desarrollo

Las fortalezas humanas forman parte de una nueva visión en la psicología llamada desarrollo positivo de los jóvenes; años atrás el predominio de una visión negativa de la adolescencia daba como resultado una menor sensibilización social hacia sus necesidades; por ello dicho enfoque surge en los 90's debido a la insatisfacción con desestimar las capacidades del adolescente por centrarse en sus déficits (Lerner, 2005), esta nueva corriente se basa en el desarrollo de talentos, potenciales e intereses percibiéndolo como un recurso y no como un problema para la sociedad (Damon, 2004).

El modelo de fortalezas del desarrollo considera que estas son un conjunto de "bloques de construcción" (Leffert et al., 1998), que cuando estén presentes ayudaran a mejorar los resultados importantes del desarrollo, concebidos como la

reducción de conductas que comprometan la salud de los jóvenes y el incremento de su desempeño académico y otros indicadores de resultados positivos. Andrade (2018) y Leffert et al. (1998) sugieren que las fortalezas del desarrollo sirven no solo para fundamentar las aproximaciones teóricas, sino también para modelos de investigación aplicada.

Durante la década de 1990, el Instituto de Investigación de Minnesota desarrollo una teoría del desarrollo de la juventud, que se centra en la resistencia. La intención de la nueva teoría fue identificar los apoyos disponibles para los jóvenes que les ayuden a prosperar, centrándose en los logros de los jóvenes en lugar de en los fracasos. Este concepto contrasta con el modelo imperante en la salud pública y otros campos con enfoque de prevención, pues el enfoque en donde los factores de riesgo conducen a resultados negativos no siempre se cumple; de esta manera, el enfoque de resiliencia en vez dirigir la atención a aspectos negativos, se concentra en las fortalezas que tienen los jóvenes, con la creencia de que el aumento de los puntos fuertes fomentará resultados positivos y permitirá a los jóvenes a evitar conductas problemáticas. Investigadores de Instituto de Búsqueda desarrollaron una lista inicial de 30 activos, luego se expandió a 40 elementos, que ellos creen que son los principales soportes de los jóvenes que se necesitan ahora convertirse en adultos prósperos (López, 2015).

Las 40 fortalezas del desarrollo se agrupan en dos: externas e internas; las externas se refieren a las oportunidades de desarrollo positivo que se dan en la interacción adulto- adolescente- pares y que son reforzadas por instituciones, estas se agrupan en cuatro categorías: apoyo/soporte, empoderamiento, límites, expectativas y uso constructivo del tiempo. Las fortalezas internas se definen como aquellas que se desarrollan gradualmente a lo largo del tiempo (experiencia), estas también se dividen a su vez en cuatro categorías: compromiso hacia el aprendizaje, valores positivos, competencias sociales e identidad positiva, como se muestran a continuación: ver tabla 1.

Tabla 1*Fortalezas de desarrollo de Benzon (1996)*

FORTALEZAS EXTERNAS	
Categoría	Fortaleza y descripción
Apoyo y soporte	1. Apoyo familiar: la vida familiar provee de altos niveles de amor y soporte.
	2. Comunicación familiar positiva: el adolescente y sus padres se comunican positivamente y él está dispuesto a buscar consejos de sus padres.
	3. Relaciones con otros adultos: el adolescente recibe apoyo de tres o más adultos además de sus padres.
	4. Apoyo en el vecindario: son experiencias del adolescente de apoyo en el vecindario
	5. Clima escolar de apoyo: la escuela provee apoyo y un ambiente alentador
	6. Involucramiento de padres en la escuela: los padres son actores activos para lograr éxito del adolescente en la escuela.
Empoderamiento	7. Valores de la comunidad a la que pertenecen los jóvenes: son los valores percibidos por el adolescente en las personas que pertenecen a su comunidad.
	8. Jóvenes como recursos: el adolescente lleva a cabo roles útiles dentro de su comunidad.
	9. Servicio a otros: el adolescente sirve en la comunidad una hora o más por semana.
	10. Seguridad: la seguridad percibida por el adolescente en su casa, escuela y vecindario

FORTALEZAS EXTERNAS

Categoría	Fortaleza y descripción
Límites y expectativas	11. Límites familiares: en la familia se tienen reglas y consecuencias claras y además se supervisan las actividades del adolescente.
	12. Límites escolares: en la escuela se tienen reglas y consecuencias claras.
	13. Límites en el vecindario: los vecinos aceptan la responsabilidad de monitorear la conducta del adolescente.
	14. Modelos de adultos: los padres y otros adultos son modelos positivos de conducta responsable.
	15. Influencia positiva de pares: los amigos del adolescente son modelos positivos de conducta responsable.
	16. Altas expectativas: tanto padres como maestros alientan al adolescente para hacer bien las cosas.
Uso constructivo del tiempo	17. Actividades creativas: el adolescente tiene tres o más horas por semana lecciones o prácticas de música, teatro u otras actividades artísticas.
	18. Programas para jóvenes: el adolescente pasa tres o más horas por semana en actividades deportivas, clubs u organizaciones en la escuela y/o comunidad.
	19. Comunidad religiosa: el adolescente pasa una o más horas por semana realizando actividades en una institución religiosa.
	20. Tiempo en el hogar: el adolescente convive con sus amigos "sin nada especial que hacer" dos o menos noches por semana"

FORTALEZAS EXTERNAS

Categoría	Fortaleza y descripción
Compromiso hacia el aprendizaje	21. Motivación de logro (logros académicos): el adolescente está motivado para hacer bien las cosas en la escuela.
	22. Compromiso escolar: el adolescente participa activamente en sus procesos de aprendizaje.
	23. Tareas: el adolescente destina una o más horas para realizar las tareas los días de escuela.
	24. Vínculo con la escuela: el adolescente se preocupa por la escuela.
	25. Placer por la lectura: el adolescente lee por placer tres o más horas a la semana
Valores positivos	26. Cuidado (atención): el adolescente valora mucho ayudar a otras personas.
	27. Equidad y justicia social: el adolescente valora mucho promover la igualdad y reducir el hambre y la pobreza.
	28. Integridad: el adolescente actúa con convicción y defiende sus creencias
	29. Honestidad: el adolescente “dice la verdad, incluso cuando no es fácil”
	30. Responsabilidad: el adolescente acepta y asume responsabilidades personales.
	31. Moderación (dominio de si mismo): el adolescente acepta y asume responsabilidades personales.

FORTALEZAS EXTERNAS

Categoría	Fortaleza y descripción
Competencias sociales	32. Planeación y toma de decisiones: el adolescente sabe cómo planear a futuro y tomar decisiones.
	33. Competencias interpersonales: el adolescente es empático, sensible y posee habilidades para hacer amistades.
	34. Competencia cultural: el adolescente tiene conocimiento de comodidad con gente de diferente cultura, raza y orígenes étnicos.
	35. Habilidades de resistencia: el adolescente puede resistir a la presión negativa de los padres ante situaciones peligrosas
	36. Resolución de conflictos pacíficamente: el adolescente tiene la habilidad de resolver conflictos de manera no violenta.
Identidad positiva	37. Poder personal: el adolescente siente control sobre “las cosas que pasan”.
	38. Autoestima: el adolescente reporta altos niveles de autoestima
	39. Sentido de propósito: el adolescente reporta “mi vida tiene un propósito”
	40. Visión positiva del futuro: el adolescente es optimista sobre lo que sucederá en su futuro personal

Nota. Elaboración propia, basada en Benson, 2002 y 2007; Leffert et al.; Scales, 1999.

De acuerdo con Benson (2007), al trabajar con el PYD conceptualizado como fortalezas, los investigadores tienen en mente tres hipótesis principales.

La primera hipótesis retoma las ideas de Bronfenbrenner que a finales de la década de los 70's propone incrementar las fortalezas personales y las fortalezas ecológicas, se supone que al fusionar los soportes ecológicos y los potenciales individuales se obtienen como resultado mayores fortalezas internas y externas, es decir que entre más fortalezas haya, habrá mejores resultados, Benson (2007) lo llamó “principio de aplicación vertical” (vertical pile-up).

La segunda hipótesis tiene como punto central la idea de que las fortalezas tanto internas como externas son universales, pero son expresadas o experimentadas de manera diferente por los individuos. Esto se debe a la existencia de una intención bidireccional entre el contexto y la persona para el desarrollo exitoso de un “lenguaje del bien común”, en el que la comunidad trabaja áreas relacionadas con el desarrollo económico y comunitario. Así, la importancia de la visión comunitaria como catalizador en el cambio comunitario y social es llevar a cabo una “bondad de ajuste” entre los valores culturales y los constructos de fortalezas del desarrollo donde el aprendizaje y las variaciones culturales den como resultado fortalezas (Benson, 2007).

La tercera hipótesis es más una respuesta en la que convergen las dos hipótesis anteriores. Aquí el punto más fuerte de la teoría es el cambio de contextos, es decir, no solo adolescentes sin problemas sino también con muchas fortalezas (asset rich), ya que entre más fortalezas se acumulen, entonces se tiene un mejor crecimiento; se señala que al unir las hipótesis 1 y 2 se promueven las fortalezas para el desarrollo y se crean fortalezas en las comunidades (asset-building communities) al replantear la comunidad, la gente y los sistemas, con tal de entender la naturaleza del desarrollo exitoso (Benson, 2007).

Para Leffert et al. (1998) además, las fortalezas son consideradas un concepto relativamente nuevo para el desarrollo positivo humano que sintetiza tanto factores individuales como contextuales que comprometen la salud para dar alcance a la oportunidad de tener resultados en el desarrollo, ya que con las fortalezas se trata de empoderar y movilizar residentes, familias, vecinos, organizaciones juveniles, instituciones religiosas y otros sectores de la comunidad para tomar acción. Para crear o promover fortalezas en la comunidad, es necesario tener lugares y escenarios que promuevan un constante y equilibrado flujo de energía a los adolescentes, además de una sociedad en las que existan normas sociales, políticas públicas y avances en los medios de comunicación para crear fortalezas en los individuos, comunidades y sistemas (Benson, 2007).

Planteamiento del Problema

En población joven, las conductas suicidas son un problema alarmante porque si bien los avances en la investigación sobre la conducta suicida han permitido identificar los factores de riesgo y de protección asociados a esta problemática, hay poca evidencia acerca de lo que funciona para la prevención del suicidio. Además, el suicidio es la segunda causa de muertes prevenibles en jóvenes de entre 15 y 21 años (OMS, 2014).

Es importante reconocer que existen algunas intervenciones efectivas para reducir el riesgo de suicidio, las cuales se pueden dividir entre las que van dirigidas a la población general, las que van dirigidas a los grupos de riesgo, y aquellas otras que van dirigidas a personas con problemas de salud mental (Robles, 2014, p. 372); pero el estudio de esta problemática generalmente se enfoca desde la perspectiva de la atención secundaria antes que de la primaria (prevención), por lo que rescatar las perspectivas de fortalezas del desarrollo posibilitara enfocar intervenciones para la prevención del suicidio en adultos jóvenes.

Justificación

Así, es importante enfatizar que el estudio de las problemáticas en salud, como el suicidio, puede analizarse desde una perspectiva de fortalezas del desarrollo, considerando que estas, permitirán conocer no solo las problemáticas agravantes o que posibilitan el suicidio, sino también, las fortalezas que evitan esta problemática y que favorecen el bienestar de esta población. Conocer más sobre las fortalezas posibilita el desarrollo de intervenciones dirigidas a la prevención de la conducta suicida en jóvenes.

Por lo que el objetivo de esta investigación fue evaluar cómo se presentan las fortalezas del desarrollo en relación con el riesgo de conductas suicidas en jóvenes de entre 18 y 25 años, de la Ciudad de México.

También se buscó observar diferencias por sexos entre las fortalezas del desarrollo y los niveles de riesgo de conducta suicida.

Método

Preguntas de investigación

¿Existirán diferencias entre las fortalezas del desarrollo en relación con el riesgo de conductas suicidas en jóvenes de entre 18 y 25 años, de la Ciudad de México?

¿Las fortalezas del desarrollo serán diferentes dependiendo del sexo de los jóvenes?

Objetivo general

Evaluar las fortalezas del desarrollo en relación con el riesgo de conductas suicidas en jóvenes de entre 18 y 25 años, de la Ciudad de México, así mismo observar diferencias por sexos en estas variables.

Objetivos específicos

- Evaluar si existen diferencias en las fortalezas del desarrollo y los niveles de riesgo de conductas suicidas en jóvenes de entre 18 y 25 años.
- Evaluar si existen diferencias entre hombres y mujeres ante las fortalezas del desarrollo y las conductas suicidas.

Hipótesis

Hi. Se observarán diferencias entre las fortalezas del desarrollo internas y externas y los niveles de riesgo de conductas suicidas en jóvenes de entre 18 y 25 años.

Ho. No se observarán diferencias entre las fortalezas del desarrollo internas y externas y los niveles de riesgo de conductas suicidas en jóvenes de entre 18 y 25 años.

Hi. Se observarán diferencias por sexos en las fortalezas del desarrollo internas y externas y las conductas suicidas de entre 18 y 25 años.

Ho. No se observarán diferencias por sexos en las fortalezas del desarrollo internas y externas y las conductas suicidas de entre 18 y 25 años.

Diseño, Tipo y Alcance de la Investigación

Diseño no experimental, transversal, de alcance descriptivo (Hernández et al., 2014).

Definición conceptual de variables

Fortalezas del desarrollo:

Son aquellas que permiten que el adolescente obtenga resultados positivos en y para su desarrollo a través de procesos interpersonales positivos y mecanismos en su ecología social (Schwartz et al., 2007). Las fortalezas del desarrollo internas son los valores, habilidades y autopercepciones que los adolescentes desarrollan para regularse a sí mismos y las fortalezas del desarrollo externas son las habilidades que puede adquirir de los adultos, los amigos y la comunidad (Benson, 2002).

Riesgo de Conductas Suicidas:

Las conductas suicidas son el conjunto de patrones que expresa una persona asociados al riesgo de consumar un suicidio, generalmente estas ayudan a identificar el nivel de riesgo que tiene una persona de cometer suicidio e incluyen la ideación suicida (pensamientos de acabar con la propia vida), cualquier intento de terminar con la vida o autolesiones que tengan esta intención, así como la muerte por suicidio (Hermosillo de la Torre et al., 2021; Turecki et al., 2019). Generalmente la forma de evaluar el suicidio incluye una clasificación del riesgo suicida en niveles leve, moderado y grave.

Definición operacional de las variables

Fortalezas del desarrollo:

Evaluadas por medio de la Escala de Fortalezas del Desarrollo Adolescente (FIE-A de Betancourt et al., 2018).

Riesgo de Conductas suicidas:

El riesgo suicida fue evaluado por medio de Cedula de Conductas Suicidas (González-Forteza et al., 2017).

Participantes

Participaron 478 jóvenes (347 mujeres [72.9%], 129 hombres [27.1]) de la Ciudad de México con una media etaria de 21.40 años ($DE = 1.88$).

Criterios de inclusión

Tener entre 18 y 25 años cumplidos.

Vivir en la Ciudad de México.

Participar de manera voluntaria y haber aceptado el consentimiento informado.

Criterios de eliminación

Tener menos de 18 años y más de 25 años.

Vivir fuera de la Ciudad de México.

Instrumentos

Escala de Fortalezas del Desarrollo Adolescente (FIE-A) de Betancourt et al., 2018).

Se aplicó la escala FIE-AR (Betancourt-Ocampo et al., 2018), que consta de 65 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta, la cual, evalúa 14 fortalezas del desarrollo, siete externas (supervisión de la madre, apoyo de la madre, apoyo y supervisión del padre, reglas en la casa, amigos sin conductas de riesgo, amigos sanos y no acceso a drogas) y ocho internas (responsabilidad, importancia de la salud, evitación de conductas de riesgo, resistencia a la presión de pares, importancia de la religión, toma de decisiones, expresión del enojo y expectativas escolares). Los análisis factoriales confirmatorios identificaron buen ajuste a los modelos de fortalezas externas ($X^2=3326.14$, $gl=1013$, $RMSEA=.039$, $IC\ 95\ \% [0.038-0.041]$, $CFI=0.983$) e internas ($X^2=1491.63$, $gl=499$, $RMSEA=.037$, $IC\ 95\ \% [0.034-0.039]$, $CFI=0.986$). Además, los alphas de Cronbach de las

fortalezas externas oscilan entre .62 a .96 en las subescalas y de las fortalezas internas entre .65 y .93 (Betancourt-Ocampo et al., 2018).

Cédula de Conductas Suicidas (González-Forteza et al., 2017).

La cédula de conductas suicidas se ha utilizado como instrumento de cribado para determinar las lesiones autoinfligidas y los intentos de suicidio (González-Forteza et al., 2017). Las preguntas iniciales indagan si los participantes se han herido, cortado, intoxicado o causado daño a sí mismos para quitarse la vida. También se incluyen preguntas sobre el número de veces que han intentado quitarse la vida; la edad de la primera y la última vez; el propósito, la motivación, los métodos empleados y el uso de servicios de salud mental (en preguntas abiertas) y el indicador de letalidad de estas conductas (es decir, el deseo de morir por suicidio). La combinación de los datos sobre la conducta suicida, con el indicador de letalidad proporcionan información para comprender y caracterizar mejor la naturaleza de la única o la última conducta suicida (categorizadas como conducta autolesiva, intento de suicidio de baja letalidad o intento de suicidio de alta letalidad).

La cédula ha demostrado su validez concurrente en numerosos estudios con población adolescente mexicana. Validez concordante, con variables como la depresión, el consumo de drogas y la impulsividad; y, validez divergente, con las relaciones familiares, la autoestima y el locus de control interno, que son variables relacionadas con la conducta suicida (Arenas-Monreal et al., 2021; González-Forteza et al., 2017; Hermosillo-de-la-Torre et al., 2020).

Procedimiento

Para realizar el estudio, se realizó la aplicación de ambos instrumentos por medio de Google Forms. El formulario se distribuyó por redes sociales y estuvo programado para cuidar los aspectos éticos necesarios para los participantes, como son: informarles de los objetivos del estudio, así como las implicaciones de su participación (riesgos y beneficios) y aclarar sus dudas, esto por medio de que establezcan comunicación a un correo electrónico en caso de tenerlas; también se les garantizó confidencialidad de su información y se les brindó información sobre

instituciones de atención psicológica y médica que atienden la problemática del suicidio en esta población por si desean solicitar el servicio.

Una vez concluida la aplicación de cuestionarios, se revisaron las bases y se filtraron para quitar los casos con valores perdidos o que no cumplieran con los criterios de la muestra. Con esta base se realizaron los análisis de datos.

Análisis de datos

El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS versión 25 y para elección de pruebas estadísticas, se evaluó la normalidad de los datos con la prueba Kolmogorov Smirnov (véase Tabla 2). La mayoría de las variables resultaron no significativas; por tal razón, se decidió realizar análisis no paramétricos, ya que no se cumplió el criterio de normalidad para poder utilizar pruebas paramétricas (Hernández, 2014, p.304). Los análisis se realizaron por medio de la prueba *H* de Kruskal-Wallis y *U* de Mann Whitney, para observar las diferencias particulares entre los grupos.

Tabla 2

Resultados de la prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov)

<i>Variables</i>	Estadístico
Total, de fortalezas externas	0.579
Supervisión de la madre	0.128*
Apoyo de la madre	0.102*
Apoyo y Supervisión del padre	0.068*
Reglas en casa	0.066*
Amigos sin conductas de riesgo	0.120*
Amigos sanos	0.095*
Total, de fortalezas internas	1.147
Responsabilidad	0.152*
Importancia de la salud	0.113*

<i>Variables</i>	Estadístico
Evitación de conductas de riesgo	0.155*
Resistencia a la presión	0.255*
Importancia de la religión	0.155*
Toma de decisiones	0.119*
Expresión del enojo	0.091*
Expectativas escolares	0.107*

* $p < .05$; ** $p < 0.01$
 $g/ = 334$; $n = 476$

Resultados

Características sociodemográficas de la muestra

Participaron 476 jóvenes (347 mujeres [72.9%], 129 hombres [27.1%]) de la Ciudad de México con una media etaria de 21.40 años ($DE = 1.88$). El lugar de residencia que reportan por alcaldía fue: Álvaro Obregón 5.5%, Azcapotzalco 2.1%, Benito Juárez 4.4%, Coyoacán 9.2%, Cuauhtémoc 4.6% Gustavo A. Madero 9%, Iztacalco 5.3%, Iztapalapa 16.6%, Magdalena Contreras 4%, Miguel Hidalgo 3.4%, Milpa Alta 0.4%, Tláhuac 2.7%, Tlalpan 23.7%, Venustiano Carranza 2.3% y Xochimilco 6.7%.

El 6.5% reportó cursar el bachillerato, el 89.3% licenciatura, el 0.2% especialidad, y el 3.8% cursa algún otro grado de estudios.

Finalmente, el 12.2% reportó vivir con papá y mamá, el 21% mamá y hermanas(os), el 2.5% papá y hermanas(os), el 43.7% papá, mamá y hermanas(os), el 10.9% solo mamá, el 1.9% solo papá y el 7.8% vivir con otros.

Fortalezas del desarrollo frente al riesgo de suicidio en todos los participantes

Se probó la hipótesis de observar diferencias entre las fortalezas del desarrollo en relación con el nivel de riesgo suicida, para lo cual se efectuó una H de Kruskal-Wallis.

Cuando se analizaron todos los datos, en la mayoría de los factores evaluados se observaron diferencias estadísticamente significativas, solo los factores reglas en casa y amigos sanos no obtienen diferencias (véase Tabla 3).

Fortalezas del desarrollo externas frente al riesgo de suicidio

En el análisis U de Mann Whitney se pueden observar más puntualmente los grupos en los que se encuentran cambios (ver Tabla 4):

- En el factor supervisión de la madre, solo se observaron diferencias entre el grupo sin riesgo y quienes tuvieron riesgo moderado de suicidio ($U = -78.63$; $p = .001$).

- En el factor apoyo de la madre, se observaron diferencias entre el grupo sin riesgo y el grupo con riesgo moderado ($U= -68.74$; $p= .001$) y entre el grupo sin riesgo y el grupo de riesgo elevado ($U= -67.06$; $p= .005$).
- En el factor apoyo y supervisión del padre, se observaron diferencias entre el grupo sin riesgo y el grupo con riesgo moderado ($U= -50.08$; $p=.001$) y entre el grupo sin riesgo y el grupo de riesgo elevado ($U= -82.07$; $p=.001$).
- En el factor amigos que practican conductas de riesgo se observaron diferencias entre el grupo sin riesgo y el grupo con riesgo bajo ($U= 71.70$; $p=.031$).

Fortalezas del desarrollo internas frente al riesgo de suicidio

En la prueba Kruskal-Wallis se observaron diferencias estadísticamente significativas en todos los factores, excepto en Importancia de la religión (véase Tabla 3). Cuando se observa la prueba U de Mann Whitney podemos ver las siguientes diferencias (Tabla 4):

- En el factor responsabilidad, se observaron diferencias entre el grupo sin riesgo y el grupo con riesgo moderado ($U= -62.15$; $p=.001$).
- En el factor importancia de la salud, se observaron diferencias entre el grupo sin riesgo y el grupo con riesgo moderado ($U= -95.22$; $p=.001$) y entre el grupo sin riesgo y el grupo de riesgo elevado ($U= -78.95$; $p=.001$).
- En el factor evitación de conductas de riesgo, se observaron diferencias entre el grupo sin riesgo y el grupo con riesgo moderado ($U= -72.66$; $p=.001$).
- En el factor resistencia a la presión se observaron diferencias entre el grupo de riesgo moderado y el grupo sin riesgo ($U= 49.07$; $p=.003$).
- En el factor toma de decisiones, se observaron diferencias entre el grupo sin riesgo y el grupo con riesgo moderado ($U= -64.93$; $p=.001$) y entre el grupo sin riesgo y el grupo riesgo elevado ($U= -58.42$; $p=.016$).
- En el factor expresión del enojo, se observaron diferencias entre el grupo sin riesgo y el grupo con riesgo bajo ($U= 78.98$; $p=.019$), entre el grupo

sin riesgo y el de riesgo moderado ($U= 81.04$; $p=.001$) y entre el grupo de riesgo elevado y riesgo moderado ($U= -64.16$; $p=.020$).

- En el factor expectativas escolares, se observaron diferencias entre el grupo sin riesgo y el grupo con riesgo elevado ($U= -83.80$; $p=.001$) y entre el grupo sin riesgo y riesgo moderado ($U= -69.30$; $p=.001$).

Tabla 3

Resultados de la prueba Kruskal-Wallis, comparación de fortalezas del desarrollo en función del riesgo suicida (N= 476)

Variable	Sin riesgo n=345			Riesgo bajo n=17			Riesgo moderado n=74			Riesgo elevado n=36			H
	M	DE	Rango promedio	M	DE	Rango promedio	M	DE	Rango promedio	M	DE	Rango promedio	
<i>Fortalezas del desarrollo externas</i>													
Supervisión de la madre	15.85	3.32	244.26	15.00	2.80	198.44	13.72	3.65	165.63	14.64	4.12	207.50	23.22*
Apoyo de la madre	32.02	10.03	238.66	29.88	10.69	212.38	26.31	10.49	169.92	26.42	10.66	171.60	22.18*
Apoyo y supervisión del padre	37.36	15.05	214.67	29.71	14.37	162.29	30.65	13.30	164.58	26.61	11.96	132.59	21.63*
Reglas en casa	13.45	4.52	-	11.06	3.51	-	12.57	4.57	-	13.06	4.96	-	6.71
Amigos que practican conductas de riesgo	12.69	3.05	222.56	14.24	1.92	294.26	13.35	3.07	253.01	13.28	3.82	262.64	9.03**
Amigos sanos	11.62	2.50	-	10.59	2.76	-	10.95	2.16	-	11.00	2.50	-	7.65
<i>Fortalezas del desarrollo internas</i>													
Responsabilidad	11.96	1.97	248.65	12.00	1.87	245.53	10.99	2.09	186.49	11.23	2.15	204.97	15.08**
Importancia de la salud	25.18	3.92	256.14	23.94	4.25	218.29	21.62	5.16	160.92	21.97	5.79	177.19	37.18*

Variable	Sin riesgo n=345			Riesgo bajo n=17			Riesgo moderado n=74			Riesgo elevado n=36			H
	M	DE	Rango promedio	M	DE	Rango promedio	M	DE	Rango promedio	M	DE	Rango promedio	
Evitación de conductas de riesgo	11.78	2.84	249.82	10.24	3.54	188.56	10.12	3.18	177.15	10.91	3.61	220.06	20.28*
Resistencia a la presión	5.06	1.55	224.83	5.29	1.49	255.65	5.82	2.07	273.91	6.06	3.67	241.89	9.72**
Importancia de la religión	11.58	6.21	-	11.00	6.09	-	10.15	6.31	-	10.86	6.48	-	4.98
Toma de decisiones	20.92	3.74	251.41	19.41	4.15	198.29	18.85	4.59	186.47	19.35	4.03	192.99	19.29*
Expresión del enojo	10.63	3.93	219.66	13.65	5.76	298.65	13.36	4.69	300.70	11.25	4.18	236.54	25.32*
Expectativas escolares	14.21	3.70	253.55	12.88	3.34	201.83	12.26	3.62	184.25	11.67	4.22	169.75	26.29*

* $p < .001$; ** $p < .05$; $g = 3$

Tabla 4

Comparaciones entre grupos por medio de la prueba U de Mann Whitney (N =476)

Variable	Riesgo moderado vs. Riesgo bajo	Riesgo moderado vs. Riesgo elevado	Riesgo moderado vs. Sin riesgo	Riesgo bajo vs. Riesgo elevado	Riesgo bajo vs. Sin riesgo	Riesgo elevado vs. Sin riesgo
	U	U	U	U	U	U
<i>Fortalezas del desarrollo externas</i>						
Supervisión de la madre	-32.81	41.87	-78.63*	9.06	-45.81	-36.75
Apoyo de la madre	-42.46	1.68	-68.74*	-40.77	-26.28	-67.06**
Apoyo y supervisión del padre	2.29	-31.99	-50.08**	-29.69	-52.38	-82.07**
Reglas en casa	-	-	-	-	-	-
Amigos que practican conductas de riesgo	-41.25	9.62	30.45	-31.62	71.70*	40.07
Amigos sanos	-	-	-	-	-	-
<i>Fortalezas del desarrollo internas</i>						
Responsabilidad	-59.03	18.47	-62.15*	-40.55	-3.12	-43.68
Importancia de la salud	-57.37	16.27	-95.22*	-41.10	-37.85	-78.95*
Evitación de conductas de riesgo	-11.40	42.90	-72.66*	31.49	-61.26	-29.76
Resistencia a la presión	18.25	-32.01	49.07**	-13.75	30.81	17.05
Importancia de la religión	-	-	-	-	-	-
Toma de decisiones	-11.82	6.51	-64.93*	-5.30	-53.11	-58.42**
Expresión del enojo	2.05	-64.16**	81.04*	-62.10	78.98**	16.87
Expectativas escolares	-16.78	-14.49	-69.30*	-31.28	-52.52	-83.80*

* $p < .001$; ** $p < .05$

Diferencias entre sexos en las variables de estudio.

Con el objetivo de conocer si existieron diferencias entre sexos en las variables de estudio, se realizaron comparaciones diferenciadas por sexos. Primero se mostrarán los resultados del grupo de mujeres y después del grupo de hombres.

Mujeres

Cuando se analizaron todos los datos en el grupo de mujeres; en la mayoría de los factores evaluados se observaron diferencias estadísticamente significativas, excepto en Reglas en casa, Amigos saludables e Importancia de la religión (véase Tabla 5).

Fortalezas del desarrollo internas en mujeres frente al riesgo de suicidio

Cuando se observa la prueba *U* de Mann Whitney podemos ver las siguientes diferencias (Tabla 6):

- En el factor supervisión de la madre, se observaron diferencias entre el grupo sin riesgo y el grupo de riesgo moderado ($U = -59.35$; $p = .001$).
- En el factor apoyo de la madre, solo se observaron diferencias entre el grupo sin riesgo y el grupo de riesgo moderado ($U = -49.36$; $p = .001$).
- En cuanto al factor apoyo y supervisión del padre, se observaron diferencias entre el grupo sin riesgo y el grupo de riesgo moderado ($U = -41.32$; $p = .001$) y el grupo sin riesgo y el grupo riesgo elevado ($U = -53.10$; $p = .001$).
- En el factor amigos que practican conductas de riesgo, se observaron diferencias en el grupo sin riesgo y el grupo riesgo moderado ($U = 29.11$; $p = .047$) y entre el grupo sin riesgo y el grupo de riesgo bajo ($U = 61.29$; $p = .015$).

Fortalezas del desarrollo externas en mujeres frente al riesgo de suicidio

- En el factor responsabilidad se encontraron diferencias en el grupo sin riesgo elevado y el grupo de riesgo moderado ($U = -42.20$; $p = .004$).

- Con respecto al factor importancia de la salud las diferencias se presentaron entre el grupo sin riesgo y riesgo moderado ($U= -75.02$; $p= .001$) y entre el grupo sin riesgo y el grupo de riesgo elevado ($U= -40.87$; $p= .032$).
- En cuanto al factor evitación de conductas de riesgo se observaron diferencias en el grupo sin riesgo y el grupo riesgo moderado ($U= -62.82$; $p= .001$) y entre el grupo sin riesgo y con riesgo bajo ($U= -52.42$; $p= .039$).
- En el factor resistencia a la presión se observó diferencia en el grupo sin riesgo y el grupo riesgo moderado ($U= 37.51$; $p= .005$).
- En cuanto al factor toma de decisiones sólo se observó diferencia en el grupo sin riesgo y el grupo riesgo moderado ($U= -62.46$; $p= .001$).
- Con respecto al factor expresión del enojo se observaron diferencias en el grupo sin riesgo y el grupo riesgo moderado ($U= 71.75$; $p= .001$; Tabla 6) y en el grupo de riesgo moderado y riesgo elevado ($U= -65.06$; $p= .004$).
- Con respecto al factor expectativas escolares se observaron diferencias en el grupo sin riesgo y el grupo riesgo moderado ($U= -47.64$; $p= .001$) y en el grupo sin riesgo y riesgo elevado ($U=-58.95$; $p= .002$).

Tabla 5

Resultados de la comparación de riesgo suicida para mujeres por medio de la prueba Kruskal-Wallis (N= 331)

Variable	Sin riesgo n=244			Riesgo bajo n=16			Riesgo moderado n=56			Riesgo elevado n=30			H
	M	DE	Rango promedio	M	DE	Rango promedio	M	DE	Rango promedio	M	DE	Rango promedio	
<i>Fortalezas del desarrollo externas</i>													
Supervisión de la madre	15.98	3.20	179.38	15.00	2.80	142.41	13.76	3.71	120.03	14.96	4.09	158.15	18.58*
Apoyo de la madre	31.52	10.24	173.41	29.88	10.69	158.84	25.93	10.33	124.05	27.28	10.05	135.94	14.37**
Apoyo y supervisión del padre	36.63	14.59	155.74	29.71	14.37	122.30	29.22	13.19	114.41	27.05	12.86	102.64	16.40*
Reglas en casa	13.41	4.65	_	11.00	3.62	_	12.59	4.60	_	13.39	5.14	_	5.19
Amigos que practican conductas de riesgo	12.41	3.06	159.98	14.25	1.98	221.28	13.36	3.09	189.10	13.20	3.85	193.10	10.66**
Amigos sanos	11.45	2.55	_	10.50	2.82	_	10.93	2.14	_	11.13	2.64	_	3.01
<i>Fortalezas del desarrollo internas</i>													
Responsabilidad	11.88	1.97	180.40	12.06	1.91	186.31	11.04	1.97	138.20	11.52	1.72	159.29	9.28**
Importancia de la salud	25.04	3.84	189.67	23.81	4.35	161.88	21.39	4.86	112.67	22.97	5.14	146.82	27.92*

Variable	Sin riesgo n=244			Riesgo bajo n=16			Riesgo moderado n=56			Riesgo elevado n=30			H
	M	DE	Rango promedio	M	DE	Rango promedio	M	DE	Rango promedio	M	DE	Rango promedio	
Evitación de conductas de riesgo	12.06	2.63	186.36	10.19	3.65	133.94	10.04	3.31	123.54	11.33	3.27	165.33	21.09*
Resistencia a la presión	4.76	1.11	163.40	5.38	1.50	208.28	5.52	1.87	200.92	5.07	1.68	167.72	10.47**
Importancia de la religión	11.75	6.18	_	11.38	6.08	_	10.71	6.63	_	11.53	6.43	_	2.16
Toma de decisiones	21.07	3.57	186.08	19.37	4.28	144.44	18.37	4.55	123.62	20.46	3.20	162.30	20.01*
Expresión del enojo	10.82	3.93	159.03	13.38	5.84	208.28	14.11	4.52	230.79	11.13	3.72	165.72	24.75*
Expectativas escolares	14.23	3.63	185.52	12.93	3.45	148.20	12.38	3.64	137.87	11.93	4.08	126.57	18.48*

* $p < .001$; ** $p < .05$; $g = 3$

Tabla 6

Comparaciones entre fortalezas del desarrollo en mujeres con respecto al riesgo suicida (N =331)

Variable	<i>Riesgo moderado vs. Riesgo bajo</i>	<i>Riesgo moderado vs. Riesgo elevado</i>	<i>Riesgo moderado vs. Sin riesgo</i>	<i>Riesgo bajo vs. Riesgo elevado</i>	<i>Riesgo bajo vs. Sin riesgo</i>	<i>Riesgo elevado vs. Sin riesgo</i>
	<i>U</i>	<i>U</i>	<i>U</i>	<i>U</i>	<i>U</i>	<i>U</i>
<i>Fortalezas del desarrollo externas</i>						
Supervisión de la madre	-22.37	38.12	-59.35*	15.74	-36.97	-21.23
Apoyo de la madre	-34.79	11.89	-49.36*	-22.90	-14.56	-37.47
Apoyo y supervisión del padre	-7.58	-11.77	-41.32**	-19.36	-33.73	-53.10**
Reglas en casa	-	-	-	-	-	-
Amigos que practican conductas de riesgo	-32.18	4.0	29.11**	-28.18	61.29**	33.11
Amigos sanos	-	-	-	-	-	-
<i>Fortalezas del desarrollo internas</i>						
Responsabilidad	-48.11	21.09	-42.20**	-27.01	5.91	-21.10
Importancia de la salud	-49.2	34.15	-75.02*	-15.05	-25.81	-40.87**
Evitación de conductas de riesgo	-10.40	41.79	-62.82*	31.39	-52.42**	-21.02
Resistencia a la presión	-7.36	-33.20	37.51**	-40.56	44.87	4.31
Importancia de la religión	-	-	-	-	-	-
Toma de decisiones	-20.82	36.68	-62.46*	17.86	-41.64	-23.77
Expresión del enojo	22.50	-65.06**	71.75*	-42.56	49.25	6.68

<i>Variable</i>	<i>Riesgo moderado vs. Riesgo bajo</i>	<i>Riesgo moderado vs. Riesgo elevado</i>	<i>Riesgo moderado vs. Sin riesgo</i>	<i>Riesgo bajo vs. Riesgo elevado</i>	<i>Riesgo bajo vs. Sin riesgo</i>	<i>Riesgo elevado vs. Sin riesgo</i>
	<i>U</i>	<i>U</i>	<i>U</i>	<i>U</i>	<i>U</i>	<i>U</i>
Expectativas escolares	-10.22	-11.30	-47.64*	-21.53	-37.41	-58.95**

* $p < .001$; ** $p < .05$

Hombres

Cuando se analizaron todos los datos en el grupo de hombres; algunos grupos no tuvieron participantes, pero de los factores evaluados se observaron diferencias estadísticamente significativas en los factores supervisión de la madre, apoyo de la madre, importancia de la salud, resistencia a la presión, toma de decisiones y expectativas escolares (véase Tabla 7).

Fortalezas del desarrollo internas en hombres frente al riesgo de suicidio

Cuando se observa la prueba U de Mann Whitney en fortalezas del desarrollo internas se observaron las siguientes diferencias (Tabla 8):

- En el factor supervisión de la madre, entre el grupo sin riesgo y el grupo de riesgo moderado ($U = -19.55$; $p = .036$).
- En el factor apoyo de la madre entre el grupo sin riesgo y riesgo moderado ($U = -18.34$; $p = .046$) y entre el grupo sin riesgo y riesgo elevado ($U = -30.33$; $p = .040$).

Fortalezas del desarrollo externas en hombres frente al riesgo de suicidio

Cuando se observa la prueba U de Mann Whitney en fortalezas del desarrollo externas se observaron las siguientes diferencias (Tabla 8):

- En el factor importancia de la salud, se observaron diferencias entre el grupo sin riesgo y riesgo moderado ($U = -19.31$; $p = .038$) y entre el grupo sin riesgo y riesgo elevado ($U = -48.14$; $p = .002$).
- En cuanto al factor resistencia a la presión, hubo diferencias en el grupo sin riesgo y el grupo de riesgo elevado ($U = 35.45$; $p = .017$).
- En el factor toma de decisiones las diferencias fueron entre en el grupo con riesgo elevado y el grupo riesgo moderado ($U = -48.75$; $p = .004$) y entre el grupo sin riesgo y de riesgo elevado ($U = -49.81$; $p = .001$).
- En el factor expectativas escolares solo se observó diferencia entre el grupo sin riesgo y el grupo riesgo moderado ($U = -22.72$; $p = .015$).

Tabla 7

Resultados de la comparación entre fortalezas del desarrollo en función del riesgo suicida para hombres (N= 123)

Variable	Sin riesgo n=102			Riesgo bajo n=1			Riesgo moderado n=18			Riesgo elevado n=6			H
	M	DE	Rango promedio	M	DE	Rango promedio	M	DE	Rango promedio	M	DE	Rango promedio	
<i>Fortalezas del desarrollo externas</i>													
Supervisión de la madre	15.55	3.58	-	-	-	65.76	13.59	3.58	46.21	13.17	4.35	44.08	6.03**
Apoyo de la madre	33.19	9.46	-	-	-	65.08	27.53	11.21	46.74	22.83	13.36	34.75	7.51**
Apoyo y supervisión del padre	39.01	15.99	-	-	-	-	34.93	12.71	-	25.00	8.60	-	5.29
Reglas en casa	13.54	4.23	-	12	-	-	12.50	4.61	-	11.20	3.70	-	2.54
Amigos que practican conductas de riesgo	13.35	2.94	-	14	-	-	13.29	3.11	-	13.67	4.03	-	0.67
Amigos sanos	12.02	2.35	-	12	-	-	11	2.30	-	10.33	1.63	-	6.75
<i>Fortalezas del desarrollo internas</i>													
Responsabilidad	12.14	1.98	-	11	-	-	10.83	2.47	-	9.83	3.48	-	7.32
Importancia de la Salud	25.50	4.12	68.56	26	-	67.00	22.33	6.10	49.25	17.00	6.75	68.56	13.17**
Evitación de conductas de riesgo	11.09	3.19	-	11	-	-	10.39	2.85	-	8.40	4.93	-	2.97
Resistencia a la presión	5.76	2.13	59.71	4	-	23.08	6.78	2.39	76.47	11.00	6.54	95.17	9.64**
Importancia de la religión	11.19	6.30	-	5	-	-	8.35	4.88	-	7.50	6.12	-	7.68

Variable	Sin riesgo n=102			Riesgo bajo n=1			Riesgo moderado n=18			Riesgo elevado n=6			H
	M	DE	Rango promedio	M	DE	Rango promedio	M	DE	Rango promedio	M	DE	Rango promedio	
Toma de decisiones	20.56	4.10	66.14	20	-	51.00	20.33	4.53	65.08	14.17	3.60	16.33	10.82**
Expresión del enojo	10.18	3.90	-	18	-	-	11.06	4.56	-	11.83	6.46	-	3.29
Expectativas escolares	14.17	3.88	68.81	12	-	44	11.89	3.61	46.08	10.33	5.04	29.33	9.06**

* $p < .001$; ** $p < .05$; $g/3$

Nota. En el grupo de riesgo bajo, solo hubo un caso, por ende, no se puede calcular la desviación estándar.

Tabla 8

Comparaciones de fortalezas del desarrollo entre grupos de riesgo en hombres por medio de la prueba U de Mann Whitney (N =123)

Variable	Riesgo moderado vs. Riesgo bajo	Riesgo moderado vs. Riesgo elevado	Riesgo moderado vs. Sin riesgo	Riesgo bajo vs. Riesgo elevado	Riesgo bajo vs. Sin riesgo	Riesgo elevado vs. Sin riesgo
	U	U	U	U	U	U
<i>Fortalezas del desarrollo externas</i>						
Supervisión de la madre	-	-2.12	-19.55**	-	-	-21.67
Apoyo de la madre	-	-11.98	-18.34**	-	-	-30.33**
Apoyo y supervisión del padre	-	-	-	-	-	-
Reglas en casa	-	-	-	-	-	-
Amigos que practican conductas de riesgo	-	-	-	-	-	-
Amigos sanos	-	-	-	-	-	-
<i>Fortalezas del desarrollo internas</i>						
Responsabilidad	-	-	-	-	-	-
Importancia de la salud	-17.75	-28.83	-19.31**	-46.58	-1.56	-48.14**
Evitación de conductas de riesgo	-	-	-	-	-	-
Resistencia a la presión	53.47	18.69	16.76	72.16	-36.70	35.45**
Importancia de la religión	-	-	-	-	-	-
Toma de decisiones	14.08	-48.75**	-1.06	-34.66	-15.14	-49.81*

<i>Variable</i>	<i>Riesgo moderado vs. Riesgo bajo</i>	<i>Riesgo moderado vs. Riesgo elevado</i>	<i>Riesgo moderado vs. Sin riesgo</i>	<i>Riesgo bajo vs. Riesgo elevado</i>	<i>Riesgo bajo vs. Sin riesgo</i>	<i>Riesgo elevado vs. Sin riesgo</i>
	<i>U</i>	<i>U</i>	<i>U</i>	<i>U</i>	<i>U</i>	<i>U</i>
Expresión del enojo	-	-	-	-	-	-
Expectativas escolares	2.08	-6.75	-22.72**	-4.66	-24.80	-29.47

*p<.001; **p<.05

Discusión

El objetivo del presente trabajo fue evaluar las fortalezas del desarrollo internas y externas en relación con el riesgo de conductas suicidas, los resultados arrojaron diferencias estadísticamente significativas para la población en general, así como para mujeres y hombres.

Con respecto a las *fortalezas externas* generales, se observaron diferencias significativas en el factor supervisión de la madre entre el grupo sin riesgo de suicidio y el grupo con riesgo moderado, igualmente el factor apoyo y supervisión de la madre y del padre obtuvieron diferencias entre los grupos sin riesgo y las condiciones de riesgo moderado o elevado de suicidio en esta población. En investigaciones previas respecto a la conducta suicida, el papel de las figuras paternas es importante ya que se ha encontrado que el rol de la familia, como factor protector o factor de riesgo es relevante en las diferentes etapas de la vida. Pero sin duda, en la adolescencia y la adultez joven, la familia y específicamente los padres juegan un rol primordial (Andrade et al., 2012; Andrade et al. 2014; Andrade & González, 2015; Arenas-Monreal et al., 2021; Becerra & Castillo, 2011; Betancourt et al., 2008; Betancourt & Andrade, 2011; González-Forteza et al., 2017; Hermsillo-de-la-Torre et al., 2020; Pérez, 2010; Rodríguez et al., 2007; Strunin et al., 2013; Vargas & Saavedra, 2011). Clínicamente, se reconoce una paradoja en la que, aunque el adulto joven se encuentre “enojado” o “disgustado” con su familia, lo haga consciente o no, generalmente sabe que puede contar con ella. Cuando existen carencias en el rol protector de la familia o una ausencia manifiesta, puede determinar que el adulto joven se encuentre o no capacitado para buscar apoyo (González y Rey, 2006).

Además, cuando se observan diferencias en los grupos de mujeres y de hombres, también se encuentran como factores importantes para ambos grupos de riesgo moderado y sin riesgo, la relación con la madre. En el caso de las mujeres también la supervisión del padre, pero no así en el grupo de hombres, en quienes el rol del padre no resultó con diferencias entre los grupos de riesgo de suicidio; dados los resultados previos, se considera que debe tomarse con cautela este

resultado pues es posible que esto se deba más al tamaño de la muestra de hombres, a que este factor no cobre relevancia para este grupo. En este sentido se recomienda continuar evaluando a diversas muestras de jóvenes y observar si el resultado se replica, pues en general se conoce una relación significativa entre fenómeno suicida y comunicación con miembros de la familia; la buena comunicación y sentirse comprendido por los mismos miembros es asociado con menor prevalencia de pensamientos e intentos suicidas, hay algunas evidencias que sugieren que la armonía familiar tiene un efecto fuerte en reducir el riesgo de conducta suicida y que la distancia familiar la aumenta (Girard, 2017).

Otro factor importante para el riesgo de suicidio fue la presencia de amigos que practican conductas de riesgo tanto en la evaluación global como en el grupo de mujeres. Particularmente el instrumento utilizado, evalúa en este rubro conductas de consumo de drogas y vida sexual activa de riesgo de los amigos cercanos al joven. La investigación respecto a la conducta suicida en jóvenes, pocas veces analiza la relación de las fortalezas del desarrollo en función del suicidio, pero se ha reconocido antes que la relación con pares que practican conductas de riesgo puede ser un factor que influya en diversas conductas problemáticas en jóvenes (Andrade, 2012; Latimer et al., 2004; Sánchez & Andrade, 2010 y 2012) y que el consumo de drogas es un factor importante en aumento del riesgo de conductas suicidas (Hermosillo-de-la-Torre et al., 2020).

Con respecto a las *fortalezas internas generales* se observaron varios factores estadísticamente significativos, en el factor responsabilidad se observaron diferencias entre el grupo sin riesgo y el grupo con riesgo moderado, frecuencia con que se cumplen los propósitos o citas, se observan de manera en cómo el peso de ser responsable con aspectos sociales, escolares, familiares y demás tiene una significancia importante. En cuanto a las mujeres observamos que el riesgo se encuentra en el grupo moderado y grupo sin riesgo, la importancia de ser responsable para las mujeres se observa como un factor de protección, por el contrario, con los hombres no se observó ninguna significancia.

En el factor importancia de la salud, se observaron diferencias entre el grupo sin riesgo y el grupo con riesgo moderado y entre el grupo sin riesgo y el grupo de

riesgo elevado; considerando esto, el nivel de importancia que el joven le da a mantenerse sano y el cuidado de la salud física es importante para protegerse de la problemática suicida

En los grupos de mujeres y hombres se presentaron significancias en los mismos grupos de riesgo: grupo de riesgo moderado y sin riesgo y en el grupo de riesgo elevado y sin riesgo, esto nos indica que la importancia de la salud en ambos sexos se encuentra marcada como un factor de protección. Este hallazgo es alentador porque en la medida en que se pueda fortalecer la información preventiva en salud en jóvenes, es más probable que se les proteja de diversos factores problemáticos, entre ellos la conducta suicida (Hernández & Villarreal, 2015).

El factor evitación de conductas de riesgo resultó ser un protector de la conducta suicida, en los resultados se observaron diferencias en la muestra global y en mujeres, más no en hombres. Este factor parece estar muy relacionado a lo que se evaluó en el factor amigos que practican conductas de riesgo, solo que ahora se interrogó de forma directa qué tanto el joven consume drogas; tal como se plantea en la literatura previa, el consumo es un factor de riesgo (Hermosillo-de-la-Torre et al., 2020), por lo que aquí, a mayor evitación de conductas de riesgo, se podría decir que se tiene menor riesgo de conducta suicida.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos sin riesgo y riesgo moderado y elevado en el factor toma de decisiones, confirmando que la capacidad para evaluar las alternativas antes de tomar una decisión es importante, ya que, muchas de las veces los jóvenes tienden a no pensar antes de actuar, ser descuidados e impulsivos lo que puede provocar estar en mayor riesgo con respecto a la conductas suicidas y, por el contrario, al tener una buena toma de decisiones los jóvenes tendrán más posibilidad de poder elegir buenas estrategias de afrontamiento y solución de problemas con respecto a los problemas cotidianos que enfrentan

El factor expresión del enojo también se manifestó diferente entre los niveles de riesgo de suicidio, esto es algo consistente con lo descrito en la literatura, en la que se reconoce que la presencia de sucesos estresantes, el bajo control de la ira y la

impulsividad pueden ser el resultado de conductas no asertivas, desadaptativas, que pueden generar riesgo hacia las conductas suicidas u otras problemáticas de salud mental (Blasco et al, 2010). Incluso se ha hablado de que el enojo se convierte en un problema cuando se siente con demasiada intensidad, con demasiada frecuencia o se expresa de manera inapropiada, lo que quiere decir que sentirse enojado intensa o frecuentemente causa extremado estrés físico en el cuerpo (Reilly et al; 2002). Cabe destacar que, en el caso de los hombres, este factor no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, algo que se debe a que el cálculo no pudo realizarse puesto que no se lograron suficientes participantes que para conformar los grupos riesgo bajo y riesgo moderado (1 participante por cada grupo) y esto hizo imposible la comparación. Para futuros estudios, esta emoción es algo que se recomienda continuar evaluando, pues se reconoce que el enojo y su regulación es un tema importante para la población masculina y valdría la pena contar con más información de cómo se presenta en diferentes grupos de riesgo suicida.

El factor expectativas escolares, sí mostró diferencias entre grupos tanto en la muestra general como en las comparaciones por sexos, con este resultado, queda de manifiesto que la escuela puede darnos asociaciones significativas y ser un factor protector para diversas problemáticas, entre ellas la conducta suicida. La escuela tiene la capacidad de cumplir un rol sustituto de la familia o de otros ambientes, es un espacio en el que se facilita la detección de signos de alarma y se posibilitan las intervenciones profesionales, es en este contexto donde los jóvenes pueden establecer relaciones interpersonales significativas que pueden llegar a convertirse en amistades de toda la vida (González y Rey, 2006). Así, el querer sacar buenas calificaciones, cumplir con las actividades escolares y considerar que eres buen estudiante, se convierte en un factor protector para esta muestra.

Conclusiones

Los hallazgos de esta investigación confirman que la presencia de las fortalezas del desarrollo actúa como factor de protección para el riesgo de suicidio en jóvenes. Cuando una persona cuenta con el apoyo y supervisión de la madre o del padre, se relaciona con amigos que evitan conductas de riesgo, desarrolla la responsabilidad, le da importancia al cuidado de su salud, aprende estrategias para la expresión adecuada del enojo y para la toma de decisiones y percibe que la escuela es un elemento importante en su vida, entonces se encontrará más distante de presentar problemática suicida.

El suicidio es un tema que se debe trabajar sistemáticamente, estos hallazgos pueden ser indicadores del tipo de fortalezas que deben ampliarse y desarrollarse en los jóvenes. Es importante considerar que una vez que una persona joven opta por un intento de suicidio se sentirá vulnerable ante cualquier amenaza y para su tratamiento será necesario invertir una mayor cantidad de recursos que podrían evitarse si se generaran nuevos esfuerzos de prevención desde edades tempranas. Por ello es apremiante apostar por la prevención como elemento importante para reducir la tasa de mortalidad por esta causa.

El trabajo preventivo es posible, ya que, presentar factores efectivos de apoyo en edades tempranas podría mejorar la calidad de vida de cualquier persona y lograría, además, desarrollar diversas habilidades que contribuyan a la disminución de la carga por problemas de salud mental en la edad adulta.

Finalmente es importante mencionar que en los resultados de esta investigación destaca que la prevalencia suicida es mayor en jóvenes estudiantes de licenciatura, ya que, se conoce que la carga de trabajo y estrés para los jóvenes de esta edad es mayor a causa de la exigencia académica, así mismo sin dejar de lado la transición a la vida sin que adulta que mantiene una carga de responsabilidad más grande.

Teniendo en cuenta las limitaciones de la presente investigación como la falta de muestra en hombres, se sugiere a investigaciones futuras en tema de suicidio, considerar muestras de hombres más amplia, factores sociodemográficos (estado civil), así como llevar a cabo investigaciones a mayor nivel metodológico.

Referencias

- Acevedo, H., Gallego, C., & Gómez, Y. (2017). *Abandono y maltrato en la primera infancia, una mirada desde la política pública*. Universidad de San Buenaventura, Medellín.
- Alcázar-Olán, R. J., Deffenbacher, J. L., & Escamilla-Tecalco, H. (2016). Developing a Valid Version of an Inventory to Measure Anger in Mexican Adolescents of Middle School Level: the ML-STAXI-MS. *Youth & Society*, 48(1), 126-143. DOI: 10.1177/0044118X13483775
- Alves, do Carmo Eulalio & Brobeil, S. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2),1-12.
- Amsel, A. (1958). The role of frustrative nonreward in noncontinuous reward situation. *Psychological Bulletin*, 55, 102-119.
- Anaya, A. Fajardo, E. Calleja, N., & Aldrete, E. (2018). La disfunción familiar como predictor de codependencia en adolescentes mexicanos. *Nova Scientia* 20, 10(1), 465-480.
- Andrade, P. (2018). Fortalezas de los adolescentes. *Proyecto PAPIIT IN 301912*. Facultad de Psicología.
- Andrade, P. & González, F. M. B. (2015). Fortalezas familiares, bienestar psicológico y conductas de riesgo en adolescentes. En: N. I. González (Comp.) *Bienestar y familia: una mirada desde la psicología positiva*. México: UAE.
- Andrade, P., Betancourt, D., Vallejo, A., Segura B., & Rojas, R. M. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud Mental*, 35(1), 29-36.
- Andrade, P., Pérez, C., Alfaro, L. B., Sánchez, M. E., & López, A (2009). Resistencia a la presión de pares y pareja y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Adicciones*, 21(3), 243-250.

- Arenas-Monreal, L., Hidalgo-Solórzano, E., Chong-Escudero, X., Durán-De la Cruz, J. A., González-Cruz, N. L., Pérez-Matus, S., & Valdez-Santiago, R. (2021). Suicidal behaviour in adolescents: Educational interventions in Mexico. *Health & Social Care in the Community*, n/a(n/a). <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hsc.13277>
- Atkins, L. A., Oman, R. F., Vesely, S. K., Aspy, C. B., & McLeroy, K. (2002). Adolescent tobacco use: the protective effects of developmental assets. *American Journal of Health Promotion*, 16(4), 198-205.
- Baader, T. Urra, E. Millán, R. Yáñez, L. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista clínica Condesa 2011*, 22(3) 303-309.
- Barroso, A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Universidad Autónoma Metropolitana. 2019; 39 (135): 51-66.
- Bastidas, M., & Zambrano, S. (2020). El duelo familiar y el desarrollo emocional en los estudiantes. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 5(9), 125-143. <http://doi.org/10.35381/r.k.v5i9.580>
- Becerra, D. & Castillo, J. (2011). Culturally protective parenting practices against substance use among adolescents in Mexico. *Journal of Substance Use*, 16(2), 136-149.
- Beebe, L. A., Vesely, S. K., Oman, R. F., Tolma, E., Aspy, C. B., & Rodine, S. (2008). Protective assets for nonuse of alcohol, tobacco and other drugs among urban American Indian Youth in Oklahoma. *Maternal Child Health Journal*, 12, S82-S90.
- Beltramo, C. (2018). Marco teórico del proyecto educación de la afectividad y la sexualidad humana, ICS. Pamplona: Universidad de Navarra. Recuperado de: <https://www.unav.edu/en/web/instituto-cultura-y-sociedad/educacion-afectividad-sexualidad/investigacion/marco-teorico>

- Benson, P. L. (1990). *The troubled journey: A portrait of 6th-12th grade youth*. Minneapolis, MN: Search Institute.
- Benson, P. L. (1996). *Developmental assets among Minneapolis youth: The urgency of promoting healthy community*. Search Institute.
- Benson, P. L. (2002). Adolescent development in social and community context: A program of research. *New Directions for Youth Development*, 95, 123-147. <http://doi.org/10.1002/yd.19>
- Benson, P. L. (2002). Adolescent development in social and community context: A program of research. *New Directions for Youth Development #95; Pathways to Positive Development Among Diverse Youth*, 123-147.
- Benson, P. L. (2007). Developmental assets: An overview of theory, research, and practice. En: R. K. Silbereisen & R. M. Lerner (Eds.) *Approaches to positive youth development* (pp. 33-58). Sage Thousand Oaks.
- Benson, P. L. (2007). Developmental assets: an overview of theory, research and practice. En: R. K. Silbereisen & R. M. Lerner (Eds.), *Approaches to Positive Youth Development*. (pp. 1-58.). Tj International Ltd, Padstow, Cornwall.
- Benson, P. L., & Scales, P. C. (2009). The definition and elementary measurement of thriving in adolescents. *The Journal of Positive Psychology*, 4(1), 85-1104.
- Benson, P. L., Galbraith, J., & Espeland, P. (1994). *What kids need to succeed: Proven, practical ways to raise good kids*. Free Spirit Publishing, Inc.
- Benson, P. L., Leffert, N., Scales, P. C., & Blyth, D. A. (1998). Beyond the "village" rhetoric: Creating healthy communities for children and adolescents. *Applied Developmental Science*, 2, 138-159. http://doi.org/10.1207/s1532480xads0203_3
- Benson, P. L., Scales, P. C., Hamilton, S. F., & Sesma, A. (2006). Positive youth development: Theory, research and applications. En W. Damon & R. M. Lerner (eds.), *Handbook of child psychology*, 6th ed., Vol. 1, *Theoretical models of human development* (pp. 894-941). John Wiley.
- Benson, P. L. (2007). Developmental assets: an overview of theory, research and practice (1-58.). En Rainer K. Silbereisen & Richard M. Lerner (Eds.),

- Approaches to Positive Youth Development. Great Britain: Tj International Ltd, Padstow, Cornwall.
- Betancourt, D., & Andrade, P. (2011). Control parental y problemas emocionales y de conducta en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(1), 27-41.
- Betancourt, D. Andrade, P. & Orozco, L. (2008). Control parental y depresión en adolescentes. En: P. Andrade, J. L. Cañas, & D. Betancourt (Comps). *Investigaciones psicosociales en adolescentes* (pp. 71-87). México: UNICACH.
- Betancourt, O. D., Andrade, P. P., González-González, A., y Sánchez-Xicotencatl, C. O. (2018). Evaluación de las fortalezas en adolescentes mexicanos. En P. P. Andrade (Coord.), *Fortalezas de los adolescentes* (pp. 35-60). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Blasco-Fontecilla, H. Baca-García, E. Duberstein, P. Pérez-Rodríguez, M. Dervic, K. Saiz-Ruiz, J. Courtet, P. De León, J. y Oquendo, M. (2010). An exploratory study of the relationship between diverse life events and personality disorders in a sample of suicide attempters. *Journal of Personality Disorders*, 24, 773-784.
- Bobes, J. Giner, J. & Saiz, J. (2011). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: Triacastela.
- Bogantes, J. (2008). Violencia doméstica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 25(2).
- Borges, G. Orozco, R. Benjet, C. Medina-Mora, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52 (4), 292-304. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10617416005>
- Bronfenbrenner, U & Ceci, S. (1998). Could the answer be talent? *Behavioral and Brain Sciences*, 21, 409-410. <https://doi.org/10.1017/S0140525X9800123>
- Buigues, F. Torres, J., Mas, G., Femenía, M., & Baydal, R. (s/a). Paciente terminal. Guía de Actuación Clínica en A.P. <https://docplayer.es/1383993-Paciente-terminal-guia-de-actuacion-clinica-en-a-p-autores.html>

- Campo-Arias, A., & Cassiani, M. C. A. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4), 598-613.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80637410>
- Casullo, M. (2005). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *Anuario de Investigaciones*, 12, 173-82.
<https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139941017.pdf>
- Centro Nacional de recursos contra la violencia sexual. (s/a). *¿Qué es la violencia sexual?*.
- Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (2016). Cartilla de Derechos de las Víctimas de Violencia Sexual Infantil. Recuperado de:
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/CartillaCEAV.pdf>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2015). Ley General de Acceso de la Mujeres e un Vida Libre de Violencia. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Recuperado de:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209278/Ley_General_de_Acceso_de_las_Mujeres_a_una_Vida_Libre_de_Violencia.pdf
- Cubides, H. Martin- Barbero, J. Laverde, M. Margulis, M (1998). *Viviendo a toda: jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades*. Siglos del Hombre.
- Damon, W. (2004). What is Positive Youth Development. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591, 13-24.
- Díaz, C. Navarro, Y. Climent, J. Ortega, E. López, M., & Casado, J. (2015). Pérdida y Afrontamiento en Desempleados: Adaptación del Inventario Texas Revisado de Duelo a la Situación de Pérdida de Empleo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(4), 111-124.
- Dongo, A. (2009). Significado de los factores sociales y culturales en el desarrollo cognitivo. *Revista de Investigación en Psicología*, 12 (2), 227-237.
- Echávarri, A. (2010). Concepto y clasificación de la conducta suicida.

- Evans, A. E., Sanderson, M., Griffin, S. F., Reininger, B., Vincent, M. L., Parra-Medina, D., et al. (2004). An exploration of the relationship between youth assets and engagement in risky sexual behaviors. *Journal of Adolescent Health, 35*, 424e21-424e30.
- Gallegos, W. (2017). Psicología clínica y psicoterapia: Revisión epistemológica y aportes de la psicología positiva. *Revista peruana de psicología y trabajo social, 2*(1), 137-153.
- Garcés, M. Miguel, M. (2016). Jóvenes: factores de riesgo cardiovascular. *Revista de Estudios de Juventud, 112* (1). 107-116.
- Generalitat Valenciana (s/a). *Vivir es la salida, plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida*.
- Girard, G. (2017). El suicidio en la adolescencia y en la juventud. *Revista de formación continua de la Sociedad de Medicina de la Adolescencia, 5* (2), 22-31.
- González-Forteza, C., Juárez-López, C. E., Jiménez, A., Montejo-León, L., Rodríguez-Santisbón, U. R., & Wagner, F. A. (2017). Suicide behavior and associated psychosocial factors among adolescents in Campeche, Mexico. *Preventive Medicine, 105*, 206–211.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.09.011>
- González, F. M. B., & Andrade, P. (2014). *Prácticas parentales y bienestar psicológico en adolescentes. La Psicología Social en México, XV*, 368-375. AMEPSO.
- González, F., M. B., & Andrade, P. (2013). Autoaceptación como factor de riesgo para el intento de suicidio en adolescentes. *Salud & Sociedad, 4*(1), 26-35.
- González, M. Rey, L. (2006). La escuela y los amigos: factores que pueden proteger a los adolescentes del uso de sustancias adictivas. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 11*(1),23-37. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211102>

- Gray, J. A. (1987). *The Psychology of Fear and Stress*. Cambridge University Press.
- Gray, J. A., & McNaughton, N. (2000). *The Neuropsychology of Anxiety: An Enquiry into the Functions of the Septo-Hippocampal System (2 ed.) Oxford Psychology Series No. 33*. Oxford University Press.
- Grupo de Trabajo. (2011). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. I. Evaluación y Tratamiento*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Grupo de trabajo. (2014). *La depresión información para pacientes, familiares y allegados. Guía de practica clínica sobre el manejo de la depresión*.
- Heck, K. E. & Subramaniam, A. (2009). *Youth development frameworks*. 4-H. Center for Youth Development, University of California.
- Hermosillo-de-la-Torre, A. E., Arteaga-de-Luna, S. M., Acevedo-Rojas, D. L., Juárez-Loya, A., Jiménez-Tapia, J. A., Pedroza-Cabrera, F. J., ... Wagner, F. A. (2021). Psychosocial Correlates of Suicidal Behavior among Adolescents under Confinement Due to the COVID-19 Pandemic in Aguascalientes, Mexico: A Cross-Sectional Population Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4977. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094977>
- Hermosillo-de-la-Torre, A. E., González-Forteza, C., Rivera-Heredia, M. E., Méndez-Sánchez, C., González-Betanzos, F., Palacios-Salas, P., Jiménez, A., & Wagner, F. A. (2020). Understanding suicidal behavior and its prevention among youth and young adults in Mexico. *Preventive Medicine*, 138, 106177. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106177>
- Hernandez, P. Villareal, R. (2015). Algunas especificaciones en torno a la conducta. *Medisan 2015*; 19(8): 1051. <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n8/san14198.pdf>
- Hernández, A. Jiménez M. Guadarrama E. (2015). La percepción del hostigamiento y acoso sexual en mujeres estudiantes en dos instituciones de educación superior. *Revista de la Educación Superior*, XLIV (4)(176),63-82. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=60443089004>

- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación. (6° Ed.). Mc Graw Hill.
- House, L. D., Bates, J., Markham, C., & Lesesne, C. (2010). Competence as a predictor for sexual and reproductive health outcomes for youth: a systematic review. *Journal of Adolescent Health, 46*, S7-S22.
- Howse, R. B., Diehl, D. C., & Trivette, C. M. (2010). An asset-based approach to facilitating positive youth development and adoption. *Child Welfare, 89*(4), 101-116.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2012). *Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Guía de referencia rápida.*
- Jama, V. Cornejo, J. (2015). *Las condiciones socioeconómicas y su influencia en el aprendizaje: un estudio de caso.* Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.
- Konorsky, J. (1967). *Integrative activity of the brain.* University of Chicago Press.
- Larson, R. W. (2006). Positive youth development, will full adolescents, and men to ring. *Journal of Community Psychology, 34*, 677-686
- Latimer, W., Floyd, Li., Kariis, T., Novotna, G., Exnerova, P., O'Brien, M. (2004). Peer and sibling substance use: predictors of substance use among adolescents in México. *Revista Panamericana de Salud Pública, 15*(4), 225-232. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892004000400002>
- Lecrubier, Y. (2002). La influencia de la comorbilidad en la prevalencia de la conducta suicida. *European Psychiatry Edición Española, 9*, 90-94.
- Leffert, N. Benson, P. Scales, P. Sharma, A. Drake, D. & Blyth, D. (1998). Developmental assets: measurement and prediction of risk behaviors among adolescents. *Applied Developmental Science, 2*(4), 209-230.
- Lerner, R. M. (2005). *Promoting positive youth development: theoretical and empirical bases. White paper prepared for the Workshop on the Science of Adolescent Health and Development, National Research Council/Institute of Medicine.* National Academy of Science.

- Lerner, R. M., Lerner, J. V., Almerigi, J. B., Theokas, C., Gestsdottir, S., Naudeau, S., et al. (2005). Positive youth development, participation in community youth development programs, and community contributions of fifth grade adolescents: Findings from the first wave of the 4-H study of positive youth development. *Journal of Early Adolescence*, 25.
- Londoño, N. Valencia, D. García, M. Restrepo, C. (2015). Factores causales de la explotación sexual infantil en niños, niñas y adolescentes en Colombia. El Agora USB. 15(1),241-254. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=407747671013>
- Litman, R. (1990=). Suicides: Wht de they have in mind?. Jacobs and H Brown. Suicide: Understanding and responding pp143-156. Maison Ct: International Universities Press
- López, A. (2015). Funcionamiento familiar, fortalezas del desarrollo y bienestar en adolescentes. Tesis. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Luna, A. Laca, F. (2014). Patrones de toma de decisiones y autoconfianza en adolescentes bachilleres. *Revista Psicológica*, 32 (1)
- Martín Pérez, Vicente (2016). Conducta Suicida. Protocolo De Intervención. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1),233-250. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851777025>
- MedlinePlus. (s/a). Trastornos metabólicos. <https://medlineplus.gov/spanish/metabolicdisorders.html>
- Mesas, A. (2012). *Dolor agudo y crónico, clasificación de dolor. Historia clínica en las unidades de dolor*. Hospital Universitario Vall d' Hebrón. Área de traumatología.
- Murphy, D. A. Lamonda, K. H. Carney, J. K. & Duncan, P. (2004). Relationships of a brief measure of youth assets to health-promoting and risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 34(3), 184-191.

- Murillo, A. (2012). Incesto: Enfoque médico legal. *Revista "Medicina Legal de Costa Rica"*. 29 (2). Recuperado de: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v29n2/art5.pdf>
- Mustaca, A. (2013). "Siento un dolor en el alma": ¿metáfora o realidad? *Revista Argentina de Ciencias del comportamiento*, 5, 2, 47-60.
- Naranjo, M. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 7(3),0. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44770311>
- O'Carroll, P., Berman, A., Maris, R., Moscicki, E., Tanney, B., & Silverman, M.(1996). Beyond the tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide and Life Threatening Behavior*; 26, 237-252.
- Oliva, A. Ríos, M. Antolín, L. Parra, Á. Hernando, Á. & Pertegal, M. (2010). Más allá del déficit: construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente. *Infancia y Aprendizaje*, 33(2), 223-234. <https://doi.org/10.1174/021037010791114562>.
- Oliva, A. Pertegal, M. Hernando, A. Reina, M. Antolín-Suárez, P. & Ríos, M. (2015). Un estudio empírico sobre el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven. En (A. Oliva, Coord.). *Desarrollo Positivo Adolescente* (pp. 119-138). Madrid: Síntesis.
- Oliva, A. Díaz, A. Relinque, C. S del Moral Arroyo, G. Rodríguez, M & Ochoa, G. (2017). Bienestar y desarrollo positivo adolescente desde una perspectiva de género: un estudio cualitativo. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, en colaboración, Universidad de Sevilla y Universidad Pablo de Olavide.
- OMS (2000). *Prevención del suicidio, un instrumento para médicos generalistas, trastornos mentales y cerebrales. Estadísticas sanitarias mundiales*. Departamento de salud mental y toxicomanías. <http://www.who.int>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66802/WHO_MNH_MBD_00.3_pa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
- Páez, E., & Fernandez, I. (1995). Catastrofes, situaciones de riesgo y factores psicosociales. *Mapfre Seguridad*, 57, 43-55.
- Papini, M. R., Fuchs, P. N., & Torres, C. (2015). Behavioral neuroscience of psychological pain. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 48, 53-69.
- Parrao, M. & Andrade, P. (2010). *Habilidades de resistencia a la presión de pares para el consumo de alcohol*. *La Psicología Social en México*, XIII, 1217-1223. AMEPSO.
- Pérez, J. (2010). *La inestabilidad familiar como factor determinante en el desencadenamiento de la agresividad en la infancia*. (Tesis de licenciatura). Universidad de San Carlos, Guatemala.
- Pérez, J. Toledo, J. Urrestarazu, E., & Iriarte, J. (2007). *Clasificación de los trastornos del sueño*. *Unidad de sueño*. Clínica Universitaria, Universidad de Navarra, Pamplona.
- Pittman, K. Irby, M. & Ferber, T. (2000). *Unfinished business: further reflections on a decade of promoting youth development*. The Forum for Youth Investment.
- Posada, V. J. Rodriguez, M. Duque, P. & Garzón, A. (2007). Prevalencia y Factores de Riesgo de Comportamientos Relacionados con Suicidio en el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003. *Revista NOVA*, 5(007), 84-91. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=41150712>
- Ramirez, L. (2017). *Tensión Social: una propuesta teórica para el estudio comparado del crimen violento*. *Violencia, seguridad y sociedad en México*. COMECSO.

- Rascón, M. Gutiérrez, M. Valencia M. Díaz, R. Leños, C. Rodríguez, S. (2004). Percepción de los familiares del intento e ideación suicida de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 27 (5), 44-52.
- Reilly, P. Shopshire, M. Durazzo, T. Campbell, T. (2002). Programa para el manejo del enojo en clients con problemas de abuso de sustancias y trastorno de salud mental. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Recuperado de: <https://taadas.s3.amazonaws.com/files/be854f099e07e6ea23f75d57d0d31945-Anger%20Management%20Participant%20Workbook%20Spanish%20Version.pdf>
- Reininger, B. Evans, A. E, Griffin. S. F., Valois, R. F., Vincent, M. L., Parra-Medina, D. ... Zulling, K.J. (2003). Development of a youth survey to measure risk behaviors, attitudes and assets: examining multiple influences. *Health Education Research*, 18(4), 461-476.
- Reyes, J. (s/a). *Trastornos de ansiedad guía practica para diagnostico y tratamiento*.
- Rice, P. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Prentice Hall.
- Robles, J. I. (2014). Prevención e intervención psicológica de la conducta suicida. En: A. Anseán (Ed.). *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida* (2ª ed., pp. 369-396). Fundación Salud Mental España, para la Prevención de los Trastornos Mentales y el Suicidio.
- Rodriguez, M. (2012). *El desarraigo y la crisis educativa*. Facultad Regional Multidisciplinaria de Estelí.
- Rodríguez, S., Pérez, V., & Córdoba, A. (2007). Factores familiares y de pares asociados al consumo de drogas en estudiantes de educación media. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 9(1), 159-186.
- Roth, J. & Brooks-Gunn, J. (2003). What exactly is a devolpment program? Answers from research and practice. *Applied Developmental Science*, 7(2), 94-111.

- Rutter, M., & Gillet, H. (1983). *Juvenile delinquency: Trends and perspectives*. New York: Guilford.
- Sánchez, X. C. O. & Andrade, P. (2012). La familia y los amigos como modelos para consumir tabaco en adolescentes. *La Psicología Social en México, XIV*, AMEPSO.
- Sánchez, X. C. O., & Andrade, P. (2010). Ambiente familiar, amigos y consumo de alcohol en adolescentes. *La Psicología Social en México, XIII*, 957-962. AMEPSO.
- Serrano, M. Flores, M. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud, 15 (2)*, 221-230.
- Scales, P. C. (1999). Reducing risk and building developmental assets: essential actions for promoting adolescent health. *Journal of School Health, 69(13)*, 113-119.
- Scales, P. C., Benson, P. L., & Roehlkepartain, E. C. (2011). Adolescente thriving: The role of sparks, relationships and empowerment. *Journal of Youth Adolescence, 40*, 263-277.
- Schwartz, S., Pantin, H., Coatsworth, J., & Szapocznik, J. (2007). Addressing the challenges and opportunities for today's youth: toward an integrative model and its implications for research and intervention. *The Journal of Primary Prevention, 28(2)*, 117-144.
- Secretaría de Seguridad (2018). *El suicidio en el Estado de México como fenómeno multifactorial*. Secretariado Ejecutivo del Sistema Estatal de Seguridad Pública.
- Shamah, L. Vielma, O. Heredia, O. Romero, M. Mojica, J. Cuevas, L. Santaella, A. Rivera, J. (2020). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Small, S. & Memo, M. (2004). Contemporary models of youth development and problem prevention: Toward an integration of terms, concepts and models. *Family Relations, 5(1)*, 3-11.

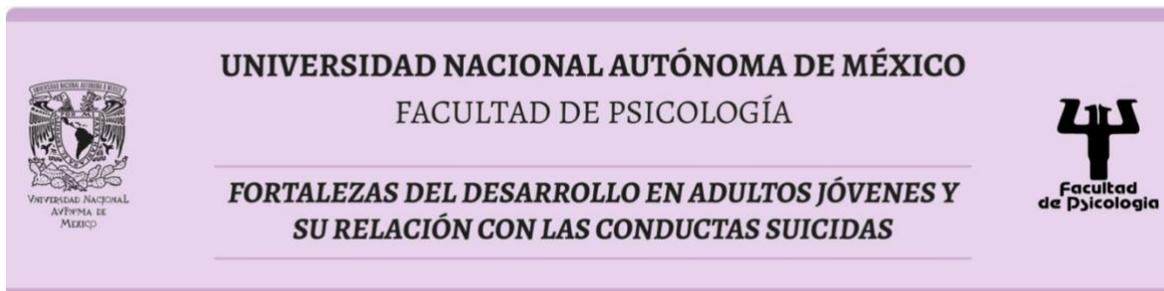
- Spielberger, C. D. (1999). Manual for the State-trait Anger Expression Inventory-Revised. Odessa, FL, E.U.: Psychological Assessment Resources
- Spirito, A. y Donaldson, D. (1998). Suicide and suicide attempts during adolescence. En: A.S. Bellack y M. Hersen (Eds.). *Comprehensive Clinical Psychology* (vol. 5) (pp. 463-485). Elsevier.
- Strunin, L., Díaz, A., Díaz-Martínez, L. R., Heeren, T., Kuranz, S., Winter, M., & Solís-Torres, C. (2013). Parental monitoring and alcohol use among Mexican students. *Addictive Behaviors*, 38, 2601-6.
- Taylor, C. S., Lerner, R. M., von Eye, A., Bobek, D., Balsano, A. B., Dowling, E., & Anderson, P.M. (2004). Internal and external developmental assets among African American male gang members. *Journal of Adolescent Research*, 19(3), 303-322.
- Theokas, C., Almerigi, J. B., Lerner, R. M., Dowling, E. M., Benson, P. L., Scales, P. C., & von Eye, A. (2005). Conceptualizing and modeling individual and ecological asset components of thriving in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 25(1), 113-143.
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 74. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- Vargas, P. (s/a). *Pérdidas*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vargas, H. Saavedra, J. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 75(1), 19-28 ISSN: 0034-8597. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036937004>
- Vesely, S. K., Wyatt, V. H., Oman, R. F., Aspy, C. B., Kegler, M. C., Rodine, S., ... McLeroy, K. R. (2004). The potential protective effects of youth assets from adolescent sexual risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 34, 356-365
- Vianchá, M. Bahamón, M. & Alarcon, L. (2013). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Revista Tesis Psicológica*, 8(1), 112-123.

Villatoro-Velázquez, V. J., Medina-Mora, Icaza, M. E., del Campo Sánchez, R. M., Fregoso-Ito, D. A., Bustos-Gamiño, M. N., Resendiz-Escobar, E., Cañas-Martínez, V. (2016). El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. *Salud Mental*, 39(4), 193-203. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.023>

Anexos

ANEXO 1.

Consentimiento Informado.



Este cuestionario es parte de una investigación que se lleva a cabo en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, y tiene como objetivo conocer la forma en la cual piensan y actúan las personas ante situaciones cotidianas, como resultado de sus propias experiencias de desarrollo.

Si estás de acuerdo en participar, es importante que sepas que la información que proporcionas es anónima y confidencial, es decir NO se te pide ningún dato de identificación (nombre, dirección, teléfono) y lo que respondas se utilizará únicamente con fines estadísticos.

Tu participación es voluntaria y no se ofrece ningún beneficio adicional por contestar este cuestionario. Te agradecemos mucho tu interés, a continuación puedes decidir si estás de acuerdo.

Cualquier pregunta que tengas sobre este cuestionario, puedes comunicarte al correo: proyectodju@gmail.com

Además, te brindamos aquí algunas referencias y contactos por si buscas atención psicológica gratuita:

**Programa de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología, UNAM:
<https://misalud.unam.mx/covid19>**

EDUCATEL/SEP: Tel. 5536017599 y 8002886688

**Programa de Contención Emocional ENEO, UNAM: Tel. 55553572 y
8004610098 o <https://www.eneo.unam.mx/enfermeriacallcenter>**

**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina,
UNAM: Tel. 5556232127**