



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD

RESILIENCIA Y RIESGO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES
EXPUESTOS A SUCESOS DE VIDA ESTRESANTES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
PAULINA ARENAS LANDGRAVE

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTORA: DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO

COMITÉ: DRA. GUADALUPE ACLE TOMASINI

DRA. MARIA FORNS i SANTACANA

DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN

DRA. JUDITH SALVADOR CRUZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por todas las bendiciones que me ha dado, gracias por permitirme vivir tantas experiencias tan únicas y maravillosas, así como por todo el aprendizaje que de ellas he obtenido.

A mi madre, por su infinito amor, entrega, compromiso y apoyo incondicional; gracias por enseñarme la importancia de vivir plenamente, te amo.

A mi padre, por su inmenso amor, dedicación, confianza y el respaldo absoluto que me ha brindado en todas las cosas que emprendo, te amo.

A mi hermano Omar, por ser mi incondicional, por todas las experiencias que hemos pasado juntos, por su cariño y apoyo, te amo.

A mi hermano Pável, por transmitirme todos sus conocimientos y enseñanzas que han sido parte fundamental en mi desarrollo personal, te amo. En especial, a Sarahi, Pável Emiliano, Isabella y Valeria, por toda la alegría que han traído a mi vida.

A todos y cada uno de mis tíos y tías, pero en especial a Mario y a Rubí por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional, así como por ser los cómplices de mis aciertos y desaciertos; son uno de los pilares más importantes en mi vida, los amo.

A mis primas Sofía y Mariana, por compartir conmigo las ganas de emprender y vivir cosas nuevas, las quiero mucho. A mi primo Mario, con quien he vivido experiencias únicas e inolvidables, te quiero.

A mis amigos Omar, Valentina, Rocío, Marisol, Mariana, Quetza, Tere, Brenda, Ana Ceci, Axel, Edith, Hugo, Vero, Nancy, Tona, Sara, Laura Gil y Laura Barrera, gracias por saberme escuchar, darme ánimo y apoyarme en todo, su amistad es muy importante y valiosa en mi vida.

A Juan Carlos, por llegar en el momento indicado a mi vida y recordarme la importancia de vivir plena y feliz cada momento.

A María Fernanda, por toda la confianza y el apoyo que me ha brindado en mis nuevos proyectos profesionales.

Mi más sincero agradecimiento:

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser mi Alma Mater; al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo económico proporcionado, y en especial, al proyecto de Investigación “*Resiliencia, riesgo y psicopatología en la niñez y la adolescencia*” PAPIIT No. IN 308310, mediante el cual fue posible la realización de este trabajo.

A todos los adolescentes que amablemente participaron en esta investigación, gracias por su disposición y apoyo, así como por todo el aprendizaje que de ustedes obtuve.

A la Dra. Emilia Lucio, por todo su cariño, confianza, apoyo, ejemplo y dirección, los cuales han sido fundamentales en mi formación como profesionista, pero en especial, como mujer.

A la Dra. Maria Forns, por ser un ejemplo de fortaleza, convicción, perseverancia y compromiso con todo lo que realiza, gracias por transmitirme ese amor no sólo al trabajo, sino a la vida.

A las Doctoras Guadalupe Acle, Sofía Rivera y Judith Salvador, gracias por todo su apoyo, confianza, dedicación y retroalimentación siempre positiva, lo cual ha contribuido no sólo a la conclusión de este trabajo, sino a mi formación como profesionista.

A las Maestras Consuelo Durán y Cristina Heredia, por brindarme su invaluable amistad, cariño, apoyo, paciencia y asesoría, las quiero mucho.

En especial, quiero agradecer y dedicarle este trabajo a Francisco Raggi, cuya fortaleza, intensidad e indiscutible amor por la vida y por cada una de las cosas que realiza, me han enseñado a conducirme con fiel amor y apego a mis convicciones, te quiero mucho.

Paulina Arenas Landgrave

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN.....	4

CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA

<i>Adolescencia y pubertad</i>	5
<i>Desarrollo adolescente</i>	
<i>Cambios físicos y sexualidad.</i>	7
<i>Cambios en el pensamiento adolescente.</i>	7
<i>Cambios en la interacción con padres y grupo de pares.</i>	8
<i>Desarrollo de la identidad.</i>	9
<i>Enfoques sobre la adolescencia</i>	14
<i>La salud en la adolescencia</i>	16
<i>Tasas de mortalidad en la adolescencia.</i>	19
<i>El contexto de la adolescencia en México</i>	21

CAPÍTULO 2. SUCESOS DE VIDA EN LA ADOLESCENCIA

<i>Estrés y estresores en la adolescencia</i>	26
<i>Sucesos normativos y no normativos</i>	27
<i>Aproximaciones de estudio sobre sucesos de vida estresantes en la adolescencia</i>	29
<i>Los sucesos de vida y el contexto adolescente</i>	33
<i>Sucesos de vida estresantes en adolescentes mexicanos.</i>	36

CAPÍTULO 3. PSICOPATOLOGÍA Y RESILIENCIA

<i>La psicopatología del desarrollo y la adaptación</i>	39
<i>La resiliencia en la psicopatología del desarrollo</i>	40
<i>Ejes de estudio sobre la resiliencia en la psicopatología del desarrollo</i>	41

<i>Definición de resiliencia.</i>	43
<i>Factores de riesgo.</i>	46
<i>Factores de protección.</i>	48
<i>Modelos de resiliencia</i>	
<i>Modelo Compensatorio.</i>	52
<i>Modelo Desafiante.</i>	53
<i>Modelo de Protección-Vulnerabilidad.</i>	53
<i>Estudios sobre resiliencia.</i>	54
<i>Operacionalizando la investigación en resiliencia</i>	
<i>La resiliencia como un resultado o como un proceso.</i>	60
<i>La resiliencia como un resultado: evaluación de competencias.</i>	62
<i>Tareas del desarrollo.</i>	64
<i>Características de la personalidad.</i>	65
<i>Afrontamiento.</i>	66
<i>Modelos de afrontamiento.</i>	68
<i>Reflexiones sobre el afrontamiento en la adolescencia</i>	75
<i>Competencia, resiliencia y afrontamiento.</i>	76

CAPÍTULO 4. SUICIDIO ADOLESCENTE

<i>Aproximaciones al estudio del suicidio</i>	77
<i>Dimensiones dentro de la conducta suicida</i>	
<i>Suicidio.</i>	78
<i>Intento de suicidio.</i>	78
<i>Ideación suicida.</i>	78
<i>Plan suicida.</i>	79
<i>Epidemiología del suicidio adolescente a nivel mundial</i>	80
<i>Epidemiología del suicidio adolescente en México</i>	82
<i>Diferencias por sexo</i>	83
<i>Factores de riesgo y protección asociados al suicidio en adolescentes</i>	85

CAPÍTULO 5. MÉTODO

<i>Justificación</i>	90
<i>Pregunta de investigación</i>	91
<i>Modelo</i>	91
<i>Objetivo general</i>	92
<i>Hipótesis de trabajo</i>	92
<i>Fases del estudio</i>	92

Fase I. Tamizaje: Evaluación de adolescentes en riesgo

<i>Justificación</i>	92
<i>Objetivo general</i>	93
<i>Objetivos específicos</i>	93
<i>Hipótesis conceptuales</i>	93
<i>Hipótesis estadísticas</i>	94
<i>Identificación de variables</i>	
<i>Definición conceptual de las variables.</i>	95
<i>Definición operacional de las variables.</i>	95
<i>Muestreo</i>	
<i>Población y muestra.</i>	95
<i>Muestreo.</i>	96
<i>Criterios de selección</i>	
<i>Criterios de inclusión.</i>	96
<i>Criterios de exclusión.</i>	96
<i>Tipo de estudio</i>	96
<i>Tipo de diseño</i>	96
<i>Instrumentos y/o materiales</i>	97
<i>Procedimiento</i>	105
<i>Análisis estadísticos</i>	106
<i>Resultados</i>	

<i>Características sociodemográficas de la muestra general</i>	107
<i>Sucesos de vida estresantes (SVE)</i>	110
<i>Riesgo de suicidio (IRIS)</i>	114

Fase II: Identificación y caracterización de adolescentes en riesgo

<i>Justificación</i>	118
<i>Objetivo general</i>	118
<i>Objetivos específicos</i>	118
<i>Hipótesis de trabajo</i>	119
<i>Hipótesis conceptuales</i>	119
<i>Hipótesis estadísticas</i>	119
<i>Identificación de variables</i>	120
<i>Definición conceptual de las variables.</i>	120
<i>Definición operacional de las variables.</i>	121
<i>Muestreo</i>	
<i>Población y muestra.</i>	122
<i>Consideraciones éticas.</i>	122
<i>Muestreo.</i>	122
<i>Criterios de selección</i>	
<i>Criterios de inclusión.</i>	122
<i>Criterios de exclusión.</i>	122
<i>Criterios de eliminación.</i>	122
<i>Tipo de estudio</i>	123
<i>Tipo de diseño</i>	123
<i>Instrumentos y/o materiales</i>	123
<i>Procedimiento</i>	126
<i>Análisis estadísticos</i>	127
<i>Resultados</i>	
<i>Clasificación de grupos en riesgo</i>	128
<i>Análisis discriminante</i>	129

Jóvenes resilientes ante el riesgo de suicidio

<i>Información Sociodemográfica</i>	137
<i>Sucesos de vida estresantes (SVE)</i>	138
<i>Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA)</i>	139
<i>Estrategias de afrontamiento (CA-A)</i>	143
<i>Características de personalidad (MMPI-A)</i>	144

Jóvenes en riesgo alto por estrés y suicidio: no resilientes

<i>Información Sociodemográfica</i>	151
<i>Sucesos de vida estresantes (SVE)</i>	152
<i>Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA)</i>	153
<i>Riesgo de suicidio (IRIS)</i>	156
<i>Estrategias de afrontamiento (CA-A)</i>	160
<i>Características de personalidad (MMPI-A)</i>	162

Comparación de grupos resilientes y no resilientes ante el riesgo de suicidio

<i>Información Sociodemográfica</i>	169
<i>Sucesos de vida estresantes SVE</i>	170
<i>Estrategias de afrontamiento (CA-A)</i>	171
<i>Características de personalidad (MMPI-A)</i>	172
<i>Modelo de protección- vulnerabilidad</i>	180
<i>Análisis discriminante</i>	184

Fase III. Intervención

<i>Justificación</i>	187
<i>Objetivo general</i>	188
<i>Objetivos específicos</i>	188
<i>Hipótesis conceptuales</i>	188
<i>Hipótesis estadísticas</i>	189
<i>Identificación de variables</i>	

<i>Definición conceptual de las variables.</i>	189
<i>Definición operacional de las variables.</i>	190
<i>Muestreo</i>	
<i>Población y muestra.</i>	191
<i>Muestreo.</i>	191
<i>Criterios de selección</i>	
<i>Criterios de inclusión.</i>	191
<i>Criterios de exclusión.</i>	191
<i>Criterios de eliminación.</i>	191
<i>Tipo de estudio</i>	192
<i>Tipo de diseño</i>	192
<i>Instrumentos y/o materiales</i>	192
<i>Procedimiento</i>	192
<i>Análisis estadísticos</i>	194
<i>Resultados</i>	
<i>Información Sociodemográfica</i>	194
<i>Riesgo de suicido (IRIS)</i>	195
<i>Estrategias de afrontamiento (CA-A)</i>	198
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	200
REFERENCIAS	211

Anexos

Anexo A. Formatos de consentimiento informado	222
---	-----

RESUMEN

Para algunos adolescentes los cambios normativos, conformados por aquellos eventos que todos los jóvenes deben confrontar, pueden ir acompañados de otros sucesos de vida adversos, los cuales según Masten y Garmezy (1985) se refieren a cualquier cambio en el ambiente que provoque un alto grado de tensión emocional, interfiera con los patrones normales de respuesta de los individuos y se asocie a síntomas físicos y problemas de salud mental. Estos eventos de vida adversos pueden incrementar el nivel de estrés que experimentan algunos jóvenes al considerarlos como situaciones abrumadoras, violentas y difíciles de sobrellevar generando en ellos sentimientos de depresión y desesperanza, variables asociadas al intento de suicidio en esta población (Brunstein, Marrocco, Kleinman, Schonfeld y Gould, 2007; Johnson, Cohen, Gould, Kasen, Brown y Brook, 2002). No obstante, la reacción de los individuos ante las adversidades varía en función de los recursos personales que poseen. El propósito de este estudio fue identificar las diferencias en las características de personalidad de adolescentes resilientes y no resilientes ante el riesgo de suicidio. De una muestra de 1,000 jóvenes de bachillerato, se seleccionaron a 148 expuestos a niveles similares de estrés, pero con resultados distintos en su adaptación al riesgo suicida. Se emplearon el Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes (Lucio y Durán, 2003); el Inventario Autodescriptivo del Adolescente (Lucio, Barcelata y Durán, 2010); el Inventario de Riesgo Suicida (Hernández y Lucio, 2006); el Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes (Lucio, Durán, Heredia y Villarruel, 2010); y el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota- Adolescentes (Lucio, Ampudia y Durán, 2004). Los resultados indican que los adolescentes resilientes son más sociables, activos, seguros de sí mismos, flexibles y realistas, en comparación con los adolescentes no resilientes, quienes presentan en mayor medida síntomas físicos, de depresión, ansiedad, problemas de adaptación y de relación con otros. Se obtuvieron diferencias significativas en los rasgos de personalidad de acuerdo al sexo.

Palabras clave: adolescencia, resiliencia, personalidad, estrés, riesgo suicida.

ABSTRACT

Every adolescent has to deal with a number of normative stressors related to a series of developmental tasks such as autonomy from parents or developing an occupational identity, however some youngsters have to deal with non-normative stressors such as critical life events which are related to every change in life conditions that causes stress and interferes with normal patterns of development, and are related to physical symptoms and mental health. Individual differences in response to adversity may differ in relation to the personal resources people have. The purpose of this study was to identify whether there are differences between resilient and non-resilient adolescents at risk of suicide with regard to their personality traits. A sample of 1,000 adolescents of senior-high school was screened; a sub-sample of 148 adolescents who have been exposed to similar levels of stressful life events but showed differences in their adaptation to suicidal risk, were chosen. The sample answered the Life-Events Questionnaire (Lucio & Duran, 2003); the Adolescent Self Descriptive Inventory (Lucio, Barcelata & Duran, 2010); the Suicidal Risk Inventory for Adolescents –IRIS (Hernandez & Lucio, 2003); the Coping Adolescent Questionnaire (Lucio, Duran, Heredia & Villarruel, 2010); and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory- Adolescent MMPI-A (Lucio, Ampudia & Duran, 2004). Results indicated that resilient adolescents are more sociable, active, self-confident, emotionally stable and flexible, in comparison with non-resilient adolescents who reported more physical, depressive and anxiety symptoms, are more insecure, impulsive and manifest limited social involvement. Furthermore, significant differences were found between the personality profiles of resilient and non resilient men and women.

Keywords: adolescence, resilience, personality, stress, suicidal risk.

INTRODUCCIÓN

Dos de los fenómenos sociales que han provocado un amplio interés entre los profesionales de la salud mental durante las últimas décadas, son el suicidio y la resiliencia en niños y adolescentes. El impacto que dichos fenómenos tienen en la sociedad mexicana es de importancia debido a la considerable cantidad de gente joven que conforma nuestro país, así como al creciente número de situaciones de vida adversas por las que atraviesan los adolescentes mexicanos en la actualidad.

El desarrollo humano es un proceso continuo en el cual hay periodos críticos, donde el éxito o el fracaso en la adaptación, influirán en el curso del desarrollo posterior del ciclo de vida (Archer, 2005). La adolescencia es una de las transiciones del desarrollo que involucra más cambios corporales, psicológicos y sociales, que otras etapas de vida. En esta investigación, la adolescencia es considerada como una etapa de transición que contempla un tiempo de vulnerabilidad y estrés, pero también de cambio y crecimiento positivo (Coleman y Hagell, 2007).

Para algunos adolescentes los cambios normativos, conformados por aquellos eventos que todos los jóvenes deben confrontar, al ir acompañados de otros sucesos de vida críticos pueden apreciarse como demasiado abrumadores, violentos o difíciles de sobrellevar, generando sentimientos de angustia, desesperanza y estrés en los jóvenes, variables vinculadas con la conducta suicida en esta población (Brunstein, Marrocco, Kleinman, Schonfeld y Gould, 2007). Por ello, los recursos personales que los adolescentes posean para hacerle frente a las demandas de su entorno, serán de importancia para su adecuada adaptación al medio. De esta forma se hace referencia al concepto de resiliencia, constructo que involucra el estudio de los factores que conducen a la adaptación positiva ante situaciones de riesgo o dentro de un contexto de adversidad significativa (Masten, Best y Garmezy, 1991; Luthar, Cicchetti y Becker, 2000).

Esta investigación se realizó dentro del marco de la psicopatología del desarrollo con el propósito de contribuir al entendimiento de la resiliencia en los adolescentes. Y considera que dentro de las múltiples variables implicadas en su estudio, los rasgos de personalidad, los logros en las tareas del desarrollo y las estrategias de afrontamiento, son algunos de los atributos internos que contribuyen a la adaptación positiva en jóvenes que viven bajo situaciones de estrés.

Como parte de los fundamentos teóricos de este proyecto, a continuación se desarrollan los temas de adolescencia, estrés, psicopatología, resiliencia y suicidio en esta etapa del desarrollo humano.

CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA

Adolescencia y pubertad

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano en la que ocurren numerosos cambios, tanto dentro (cambios psicológicos y cognoscitivos) como fuera del individuo (cambios en la relación con los padres y el grupo de pares), que se ponen de manifiesto en todo lo que éste hace (Dekovic, 1999). Para todos los individuos, la adolescencia es una etapa que requiere un ajuste considerable.

De acuerdo con algunos teóricos del desarrollo (Coleman y Hagell, 2007) una de las formas más útiles para entender la adolescencia, es pensar acerca de ella como una de las principales transiciones de la vida, las cuales incluyen características como tener sentimientos de anticipación y ansiedad sobre el futuro, un reajuste psicológico, un grado de ambigüedad sobre el estatus durante la transición y un sentimiento de pérdida por la etapa que se dejó.

En términos generales, el desarrollo adolescente está determinado por procesos biológicos, cognoscitivos y socioemocionales, los cuales se entrelazan de manera compleja, y se caracterizan por presentar cambios en el aspecto físico, psicológico y social de los individuos (Delval, 2000; Santrock, 2003).

En esta etapa, los adolescentes deben lograr el desarrollo de tareas como adquirir una identidad y un ego estable, volverse independientes de la familia y explorar nuevos roles, en un momento en el que la autoimagen se ve influenciada por los cambios físicos asociados con la llegada de la pubertad (Moos y Schaefer, 1986).

El término “adolescencia” es definido por la Organización Mundial de la Salud, como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose en dos fases, la adolescencia temprana, que tiene lugar entre los 10 y los 14-15 años, y la adolescencia tardía entre los 15-16 a 19 años. Por su parte, identifica como “gente joven” al grupo poblacional de 10-24 años (OMS, 2002).

Cabe señalar que aunque la adolescencia temprana señala la transición para salir de la niñez, y la adolescencia tardía el camino hacia la edad adulta, ningún periodo del desarrollo está demarcado abruptamente. Con relación a esto, no hay un acuerdo general entre los autores sobre

las edades que conforman la adolescencia, debido a que los criterios no siempre coinciden en los diferentes contextos, variando según los patrones culturales, sociales y económicos de cada grupo poblacional. Sin embargo, todos coinciden en señalar como el inicio de esta etapa al período conocido como pubertad, en el cual se da la maduración física y biológica necesaria para pasar de la niñez a la adultez.

A este respecto, es importante señalar que la pubertad no es sinónimo de adolescencia. De acuerdo con Archer (2005) la pubertad es un proceso universal en el cual se involucran cambios relacionados con la madurez tanto fisiológica y sexual, como cognoscitiva de los individuos. Donde los cambios físicos que resultan de la inmadurez sexual del niño, hasta llegar al logro de un potencial reproductivo completo, se manifiestan normalmente con el crecimiento de vello (púbico y en las axilas), la madurez de los órganos sexuales, el cambio de voz en los niños y la aparición de la menarquia en las niñas.

Así mismo, Santrock (2003) señala que la pubertad acaba antes de que finalice la adolescencia y, a menudo, se considera como el marcador del inicio de dicha etapa. Según este autor, la pubertad es un periodo en el que se produce una maduración física rápida asociada a los cambios corporales y hormonales que tienen lugar durante la adolescencia temprana.

Considerando la relación entre adolescencia y pubertad, es importante diferenciar un concepto del otro. A este respecto algunos autores (Papalia y Wendkos, 1999; Delval, 2000) han señalado, como principal diferencia, que mientras que la pubertad es semejante en todas las culturas, la adolescencia es un periodo de la vida que presenta variaciones en los diferentes medios sociales; es un fenómeno psicológico que se ve determinado por la pubertad, pero no se reduce a ella.

La definición de adolescencia que se retomará para este trabajo es aquella que, desde la perspectiva del desarrollo humano, la considera un periodo de transición de la niñez a la edad adulta, caracterizado por presentar una serie de cambios físicos, psicológicos y emocionales que en combinación con su contexto social, les permitirá a los adolescentes establecer una identidad propia.

Desarrollo adolescente

Cambios físicos y sexualidad.

Los procesos biológicos, implican cambios físicos en el cuerpo de cualquier individuo. En los adolescentes, ocurren cambios evidentes que son resaltados por diversas modificaciones físicas, vinculadas con la llegada de la pubertad, momento en el cual se producen todos los cambios relativos a la maduración y al desarrollo sexual y reproductivo. Estos cambios, mediados por modificaciones neurohormonales, tienen repercusiones marcadas en el aspecto y forma del cuerpo, distinguiendo así la estructura corporal femenina de la masculina.

La edad promedio de inicio de los cambios físicos, o el llamado “*estirón*” (Sanrock, 2003), ocurre entre los 9 años en las niñas y los 11 años en los niños. Dentro de los principales cambios se encuentran el aumento considerable de peso y estatura, en ambos géneros. De manera diferencial, en las niñas, el hecho indicativo de la pubertad es la menarquia o primer sangrado menstrual, y en los niños, la presencia de semen en la orina.

Existen otras modificaciones físicas en la pubertad, dentro de las que se encuentran: (a) el crecimiento y maduración de los órganos sexuales primarios (relacionados directamente con la reproducción) como ovarios, útero y vagina, en las mujeres, y testículos, próstata y vesículas seminales, en los hombres; y (b) el desarrollo de las características sexuales secundarias (cambios físicos que no involucran directamente a los órganos reproductores) como el cambio de voz, crecimiento del vello púbico, facial, axilar y corporal, el crecimiento de senos y el ensanchamiento de las caderas en las niñas, y el ensanchamiento de los hombros en los chicos. Todos estos cambios están asociados al incremento de los niveles de estrógenos, en las mujeres, y de testosterona, en los hombres (Papalia y Wendkos, 1999; Sandrock, 2003).

De manera integral, estos cambios se suman a una multitud de modificaciones psicosociales que conducen a la madurez biológica, psicológica y de integración a la sociedad.

Cambios en el pensamiento adolescente.

Dentro de los procesos cognoscitivos, que implican cambios en el pensamiento y la inteligencia de un individuo, en la adolescencia se observa una manera diferente de abordar los problemas y de entender la realidad y la vida. A este respecto, y dentro de una perspectiva clásica, Piaget (1975) planteó que los adolescentes son capaces de discernir lo real de lo ideal, de construir y

entender ideas, teorías y conceptos abstractos, de establecer relaciones de causalidad y de adquirir el pensamiento formal.

De acuerdo con este autor, los adolescentes construyen activamente su mundo; no se limitan a acumular información procedente del entorno ni están limitados a las experiencias actuales, en lugar de eso, organizan sus experiencias, separan las ideas importantes de las menos importantes, conectan las ideas entre sí, hacen conjeturas sobre situaciones imaginarias, ponen a prueba sus hipótesis y razonan lógicamente sobre ellas. Es así como en su capacidad de solucionar problemas, se pone de manifiesto el carácter abstracto del pensamiento adolescente. Dan sentido a lo que les sucede ya que, no sólo organizan sus observaciones y experiencias, sino también adaptan su forma de pensar para incluir ideas nuevas; al tiempo que piensan de forma más abstracta e idealista, también lo hacen de forma más lógica.

Cambios en la interacción con padres y grupo de pares.

Por su parte, los procesos sociales conllevan cambios en las relaciones de un individuo con otras personas, en sus emociones, personalidad y contexto social. En la adolescencia, se da una reorganización en las relaciones sociales con los padres y con el grupo de pares.

Considerando el reajuste que se da en la relación con los padres, algunos autores (Galambos y Almeida, 1992; Rice, 2000) señalan que los conflictos entre los adolescentes y sus padres aumentan, y que la comunicación entre ellos sufre un deterioro importante dando pie a una vasta variedad de conflictos en la dinámica familiar. De acuerdo con lo cual la interacción adquiere un matiz diferente a cuando eran niños, ya que los jóvenes pueden sentir una tensión entre la necesidad de alejarse de sus padres y su dependencia a ellos.

La mayor parte de las discusiones suelen ser sobre asuntos de la vida diaria como trabajo escolar, quehaceres domésticos, amigos, horarios, y el aspecto personal (Smetana, Campione-Barr y Aaron Metzger, 2006). Así mismo, los primeros desacuerdos suelen surgir cuando los adolescentes comienzan a desarrollar sus propios puntos de vista y a pasar mucho más tiempo en compañía de sus amigos, como forma de alcanzar un sentido de identidad diferente del de sus familiares, lo cual es una de las situaciones que puede irritar a los padres, pero que a su vez forma parte importante en el logro de un sentido de identidad propio, independiente al de su familia.

A pesar de que la mayoría de los jóvenes tienen conflictos con sus progenitores durante esta etapa, éstos no son siempre devastadores ni eternos considerando que, por lo general, la discordia aumenta a comienzos de la adolescencia, se estabiliza hacia la mitad de este tiempo y luego disminuye, pudiéndose generar buenos lazos afectivos y de comunicación entre ellos. Lo anterior es importante debido a que los padres también pueden proveer apoyo emocional, instrumental o material al ayudar a resolver problemas (Gelhaar, Seiffge-Krenke, Borge, Cicognani et al., 2007).

Por otra parte, las relaciones entre pares ocupan un porcentaje considerable del tiempo de la vida de los jóvenes, considerando que éstos buscan cada vez más la compañía de sus iguales en situaciones fuera del contexto familiar. Con relación a lo cual, una de las tareas importantes en los años adolescentes se refiere a la iniciación y mantenimiento de amistades y relaciones amorosas (Engels y Bogt, 2001).

De esta forma, el grupo de amigos y compañeros es una fuente de afecto, simpatía y entendimiento, un lugar para experimentar, una fuente de información del mundo externo hacia la familia, y una fuente de apoyo para lograr autonomía e independencia de los padres. Además el grupo de pares o iguales proporciona a los adolescentes retroalimentación sobre sus habilidades, aciertos y desaciertos (Coleman, 1985; Coleman y Hagell, 2007; Papalia y Wendkos, 1999).

Los jóvenes muestran una fuerte motivación por estar con otros chicos de su edad y ser más independientes. Por lo que la transición de la adolescencia a la edad adulta está caracterizada por tener contactos intensos entre los amigos y la entrada a nuevos contextos sociales. De acuerdo con lo cual, es esencial para los adolescentes establecer relaciones de amistad con nuevas personas y fortalecer los lazos afectivos existentes (Santrock, 2003).

Desarrollo de la identidad.

De acuerdo con la serie de ajustes psicológicos que se tienen que negociar durante la adolescencia, incluyendo los cambios mencionados en la relación con la familia, los amigos y el grupo de pares, Coleman y Hagell (2007) señalan que el periodo adolescente conlleva un sentido de incertidumbre acerca del estatus y rol que deben desempeñar en la sociedad. De esta forma, el desarrollo cognoscitivo de los jóvenes en interacción con las experiencias sociales, familiares y culturales, influyen sobre la comprensión de sí mismos, lo cual está vinculado con una de las principales tareas del desarrollo en esta etapa: la formación de la identidad.

A este respecto, el concepto de tareas del desarrollo centra su atención en los estándares a través de los que se juzga el éxito en la adaptación. De manera general, Moos y Schaefer (1986) señalaron que existen cinco conjuntos principales de tareas adaptativas al manejar una transición de vida:

1. Enfrentar la realidad y responder a los requerimientos de la situación externa.
2. Establecer el significado (sentido) y entender la importancia personal de la situación.
3. Mantener relaciones con los miembros de la familia y con amigos, así como con otras personas quienes puedan ser de ayuda para resolver la crisis y sus secuelas.
4. Mantener un equilibrio emocionalmente razonable al manejar sentimientos de preocupación desencadenados por la situación.
5. Preservar una autoimagen satisfactoria y mantener un sentido de competencia y de dominio.

Este conjunto de tareas adaptativas generalmente se encuentran en cada transición de vida, pero su importancia relativa varía dependiendo de las características personales de los individuos, de la naturaleza del estresor y de la singularidad de las circunstancias (Moss, 1986).

De acuerdo con Masten, Burt y Coatsworth (2006) en el año de 1972, Robert Havinghurst introdujo el rol de tareas del desarrollo en la educación y en la sociedad. A través del cual, propuso que vivir en una sociedad les impone a sus miembros una serie de tareas que deben aprender y realizar a través del curso de vida. Así mismo, estos autores (Masten et al., 2006) señalan que, a través de los años, han surgido diversas propuestas en función de las tareas del desarrollo que deben realizar los individuos, y sugieren que dentro de las principales actividades que se espera cada persona desempeñe de manera adecuada en cada etapa del desarrollo, se encuentran las indicadas en la Tabla 1.

Tabla 1. Tareas del desarrollo en sociedades industriales contemporáneas

Infantes, niños pequeños, niños en edad de guardería

Apego a uno o más adultos específicos

Aprender a sentarse, pararse, caminar, correr y saltar

Adquirir lenguaje funcional

Obediencia a órdenes simples e instrucciones de adultos

Entrenamiento para ir al baño

Autocontrol de la agresión física (p.e. no morder a las personas)

Juego apropiado con juguetes y con otras personas

Niños en edad escolar

Aprender a leer y a escribir un lenguaje

Aprender matemáticas básicas

Atender y comportarse adecuadamente en la escuela

Seguir reglas de comportamiento en casa, en la escuela y en lugares públicos

Llevarse bien con los compañeros en la escuela

Hacer amigos con los compañeros

Adolescentes

Atender y comportarse adecuadamente en la escuela

Aprender a resolver problemas con los números, álgebra

Aprender el lenguaje apropiado, historia, y otras materias

Terminar el nivel de secundaria

Llevarse bien con sus compañeros en la escuela

Hacer y mantener amistades cercanas

Mantener una relación adecuada con los padres

Obedecer las leyes de la sociedad

Jóvenes adultos

Trabajar o prepararse para el futuro en un nivel educativo más alto (o tener una familia)

Si trabaja: comportarse adecuadamente en el lugar de trabajo

Si es padre/madre: cuidar de su(s) hijo(s)

Formar y mantener relaciones románticas

Obedecer las leyes de la sociedad

Aprender a mantener un hogar

De esta forma, considerando que en cada etapa de la vida se presentan retos y dificultades que demandan el surgimiento de nuevas habilidades para poder hacerles frente, en la adolescencia, además de lo propuesto en la Tabla 1, dentro de las tareas que deben lograrse en

esta etapa se encuentran: establecer relaciones con el sexo opuesto, tener una preparación profesional, lograr un grado de autonomía e independencia de los padres, adquirir más responsabilidades, y formar una identidad mediante la creación de un yo integrado que combine de manera armoniosa los diferentes elementos de la personalidad (Achenbach, 1982; Archer, 2005; Craig, 1997).

Al respecto de la búsqueda de la identidad, principalmente estudiada por Erikson (1974), ésta constituye un esfuerzo para lograr el sentido de sí mismo; por lo que es considerada como un proceso saludable y vital que contribuye al fortalecimiento del ego del adulto.

Para Erikson (1974) la adolescencia es un periodo fundamental en el desarrollo del yo, debido a que los cambios físicos, cognoscitivos y sociales llevan a los adolescentes a una crisis de identidad cuya resolución contribuirá a la consolidación de la personalidad adulta.

De acuerdo con su teoría, la formación de la identidad no comienza ni termina con la adolescencia; es un proceso, ampliamente inconsciente, que dura toda la vida. Este autor destacó que la adolescencia es una crisis normativa, caracterizada por una fluctuación en la fuerza del yo. Por lo que durante esta etapa, el individuo debe establecer un sentido de identidad personal; lo que requiere de un esfuerzo por organizar e integrar comportamientos de diversas áreas de su vida, conciliar inclinaciones y disposiciones personales en combinación con las identificaciones y papeles tempranos suministrados por los padres, compañeros y la sociedad. Lo anterior le sirve al sujeto para saber cuál es su posición con relación a los demás, le proporciona la base para establecer comparaciones sociales, y contribuye a dar dirección, propósito y sentido a su existencia (Craig 1997).

Para que se forme una identidad, el ego organiza las habilidades, necesidades y deseos de una persona y la ayuda a adaptarlos a las exigencias de la sociedad (Papalia y Wendkos, 1999). Durante la adolescencia, especialmente en la adolescencia tardía, la formación de la identidad se caracteriza por la búsqueda del equilibrio entre las necesidades de autonomía y de vinculación.

Por lo que respecta al logro de autonomía o independencia, lejos de estar relacionado con la idea de la salida del hogar, representa según Coleman (1985; Coleman y Hagell, 2007) tener mayor libertad dentro de la familia para adoptar decisiones, tener libertad emocional para

establecer nuevas relaciones, así como libertad personal para asumir una responsabilidad propia en asuntos como educación, política y en la elección de una carrera profesional.

De acuerdo con lo señalado anteriormente, durante la adolescencia, los jóvenes tratan de encontrar un balance entre los valores internos y los externos, por lo que se ven inmersos en diversas tareas como aprender roles de género, alcanzar cierta independencia social y familiar, prepararse para la entrada al mercado laboral, así como establecer escalas de valores, que les permitan tener un adecuado desenvolvimiento en la sociedad. Todas estas tareas deben ser resueltas, aún cuando los cambios sean rápidos o extremos u ocurran simultáneamente en varias áreas del individuo.

Las tareas del desarrollo pueden resultar difíciles de enfrentar, dado la influencia que tiene el contexto social en el desarrollo de los individuos, de esta forma, es importante tomar en cuenta tanto las características del sujeto, como la naturaleza del medio. De acuerdo con esto, diversos sucesos pueden influir en el logro de estas tareas, que van desde disfunciones del organismo a síntomas de enfermedad o desorden, malas decisiones y eventos de vida negativos o abrumadores.

En función del contexto, hay que considerar que los hechos históricos y culturales de los últimos tiempos, han desencadenado una serie de cambios drásticos en las circunstancias de vida de los adolescentes que pueden tener graves consecuencias en su salud integral. Por lo que respecta a las dificultades en el desarrollo de la identidad, Millon (1994) señala que, a partir de éstas, se pueden generar sentimientos confusos respecto a quiénes son y qué es lo que quieren, mostrándose desubicados con referencia a las metas y valores futuros de sus vidas, carecer de dirección y no tener claro qué tipo de persona les gustaría ser.

A este respecto, Archer (2005) señala que los fracasos en las tareas del desarrollo adolescente también pueden resultar en psicopatología manifestada durante periodos de vida posteriores o subsecuentes, partiendo de la idea de que cualquier cosa que limite las oportunidades de realizar o de lograr estas tareas puede crear dificultades, no sólo para el bienestar actual sino también para el futuro.

Enfoques sobre la adolescencia

A lo largo de la historia, la adolescencia se ha considerado como un periodo de vida problemático. Numerosos estudiosos desde Platón y Shakespeare han hablado de la etapa adolescente como un periodo lleno de dificultades.

Stanley Hall, considerado como el padre de la psicología infantil en los Estados Unidos, fue uno de los primeros en estudiar la psicología de la adolescencia. Hall propuso el modelo de “tormenta y estrés” en el desarrollo adolescente (Archer, 2005) ya que pensaba que la adolescencia era un periodo de gran desequilibrio y desajustes emocionales y conductuales, dominada por los conflictos y los cambios anímicos (Horrocks, 2001; Santrock, 2003). Para este autor, la adolescencia es una edad especialmente dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que los jóvenes se encuentran divididos entre tendencias opuestas. Así mismo, señaló que aunque algunos adolescentes aparentan pasividad están experimentando una gran confusión en su interior.

En concordancia con el modelo de Hall, Ana Freud (1985) postuló que la adolescencia está típicamente acompañada por perturbaciones emocionales y alteraciones conductuales, y señaló que los adolescentes que no demostraban características de desajuste estaban en riesgo de desarrollar síntomas psicopatológicos serios en la edad adulta.

Por su parte, algunos autores como Achencbach (1982) propusieron que los cambios asociados con la pubertad confrontan a los adolescentes con las principales tareas adaptativas, donde no sólo el crecimiento de los órganos y de los impulsos sexuales, sino también los cambios en la forma del cuerpo, y el incremento de arranques repentinos, hacen que los adolescentes se enfrenten con nuevas autoimágenes que pueden provocar perplejidad, ambivalencia o desagrado.

Sin embargo, hubo quienes sostuvieron lo contrario. Margaret Mead (1972) rechazó la postura de la adolescencia como una etapa turbulenta con su estudio antropológico sobre la adolescencia en otras culturas, centrado en la entrada de mujeres jóvenes en la sociedad, en el que estableció que la adolescencia es una época de calma, de cambio gradual que va desde los roles alegres de la infancia, a los roles de la edad adulta, y señaló que cuando una cultura brinda una transición gradual entre estas etapas del desarrollo, la rebelión adolescente no es un rasgo típico. De esta forma Mead, trató de demostrar que la adolescencia no tiene por qué ser un periodo

tormentoso y de tensiones, sino que eso se debe a que los jóvenes se tienen que enfrentar con un medio social que se les presenta lleno de limitaciones y los adultos no les proporcionan los instrumentos adecuados para ello (Delval, 2000).

A este respecto, Blos (1971) planteó que el adolescente no es un ser inminentemente depresivo, rebelde o patológico; y sugirió que esta imagen negativa de los adolescentes sólo refuerza el hecho de que no se tome en serio a los que necesitan ayuda porque se cree que sus sentimientos y conducta son mera parte de una fase normal del desarrollo. Este autor hizo evidente la necesidad de distinguir entre los adolescentes “normales” y aquellos que padecen aflicciones psicológicas serias, mediante un diagnóstico adecuado, ya que consideraba que los síntomas psiquiátricos típicamente presentados durante la adolescencia estaban por lo general mal definidos, eran inestables y transitorios por naturaleza y no simbolizaban indicadores estables de enfermedad psiquiátrica.

Así mismo, en su estudio sobre estrés y “tormenta y estrés” en la adolescencia temprana, Larson y Ham (1993) encontraron que sólo una minoría de adolescentes experimentan este síndrome, sugiriendo que no es tan universal como se suponía, en lugar de esto, señalan que la adolescencia es un punto central en el desarrollo de ajuste positivo versus negativo ante los eventos de la vida cotidiana. Sugiriendo que si bien es cierto que la adolescencia, a comparación de otras etapas del desarrollo humano, es un periodo de transición caracterizado por presentar una gran cantidad de cambios en el aspecto físico, cognoscitivo y emocional, ya no es única y universalmente considerada como una etapa de confusión, estrés y desequilibrio.

En la actualidad, Coleman y Hagell (2007) plantean que la investigación empírica ha concluido que la mayoría de los adolescentes navegan por esta etapa de vida con relativamente pocos traumas importantes. De acuerdo con estos autores, si bien es cierto que existen dificultades y retos que superar, también es cierto que, en su conjunto, la mayoría de los jóvenes encuentra la forma para hacerle frente a los problemas de una manera relativamente adecuada. Así mismo, señalan que sí existe un grupo de jóvenes que pueden experimentar serias dificultades durante esta etapa del desarrollo, pero que representan la minoría en lugar de ser la regla general para todos los adolescentes.

De esta forma, debe considerarse el hecho de que la mayor parte de los adolescentes que atraviesan esta etapa lo hacen de manera satisfactoria, sin embargo, para aquellos jóvenes que han vivido serias dificultades, a pesar de ser pocos, es importante evaluar la trayectoria y los retos experimentados por ellos, ya que de acuerdo con Forns, Amador, Kirchner, Martorell et al. (2004) existen problemas de gran impacto, pero, de poca ocurrencia en los jóvenes que pueden tener importancia como factores de riesgo y a su vez pueden proporcionar información valiosa para el análisis de la influencia del estrés en el desarrollo y en la psicopatología. De acuerdo con lo cual, bajo el enfoque más actual de la psicopatología del desarrollo, se sugiere realizar una búsqueda tanto en las fuentes de adaptación positiva, como en los mecanismos de ajuste en las transiciones del desarrollo.

La salud en la adolescencia

De acuerdo con datos reportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) una gran proporción de la población mundial, más de 1.75 billones, son jóvenes entre 10 y 24 años. Alrededor de 1.2 billones son adolescentes entre 10 a 19 años, lo cual representa cerca del 20 por ciento de la población mundial (7 billones de habitantes).

Los adolescentes tienen necesidades de salud y de desarrollo específicas; y cada vez son más aquellos que se enfrentan ante situaciones que ponen en riesgo su bienestar como la pobreza, el vivir en ambientes peligrosos, la falta de oportunidades laborales, así como de acceso a los servicios de información y salud.

A este respecto, la salud de adolescentes y jóvenes es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todo país (Maddaleno, Morello e Infante-Espínola, 2003) por lo que la atención de los problemas de salud en este sector de la población merece importancia.

El concepto de salud fue definido en 1946 por la OMS como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o debilidad (Coleman, Hendry y Kloep, 2007). Bajo esta definición clásica se enfatiza el concepto de salud como un aspecto positivo considerando, no sólo la ausencia de enfermedad, sino también la interacción de otros ámbitos que se alejan de una perspectiva médica. Sin embargo ésta definición presenta algunas limitaciones, dentro de las que se destaca el manejo subjetivo del concepto “completo bienestar”, el cual puede resultar en algunos casos difícil de alcanzar en los tres ámbitos señalados.

En la actualidad, se ha planteado que la buena salud se compone de los siguientes constructos: un cuerpo sano; relaciones personales de alta calidad; un sentido o propósito de vida; dominio en las tareas del desarrollo; y la resiliencia al estrés, trauma y cambio (Rew, 2005). Bajo esta definición, se contempla que el concepto de salud abarca más allá del sólo tener un cuerpo libre de enfermedad o disfunción; por lo que las relaciones personales, el dominio de las tareas del desarrollo y la resiliencia al estrés, sugieren acción o conducta.

Por lo que respecta al estado de salud en los jóvenes, Rew (2005) plantea que éste puede evaluarse de diversas maneras, una de las cuales incluye examinar aquellas conductas que incrementan el riesgo de morbilidad o mortalidad en esta población. De acuerdo con esta autora, la morbilidad se refiere a aquellas condiciones que se consideran patológicas o amenazadoras para la salud de una persona o individuo, mientras que la mortalidad se refiere a aquellas condiciones que causan la muerte de las personas.

Con relación a las tasas de mortalidad, la adolescencia es considerada uno de los periodos más saludables de la vida humana, sin embargo, hoy en día existe un creciente reconocimiento sobre los diversos problemas de salud que enfrentan los adolescentes debido a una combinación de factores psicológicos y sociales, que los coloca dentro de uno de los grupos de edad más vulnerables de involucrarse en conductas de riesgo.

Dentro de las conductas de riesgo que están relacionadas, tanto directa como indirectamente, con las principales mortalidades en jóvenes, se estima que cada año aproximadamente 1.7 millones de hombres y mujeres jóvenes, entre 10 y 24 años, pierden la vida a causa de accidentes de tráfico, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y otras enfermedades que son evitables o tratables (OMS, 2011).

También durante la adolescencia, se favorecen conductas de riesgo como el abuso de sustancias legales e ilegales, delitos y actos violentos, así como tener relaciones sexuales de riesgo, lo cual puede tener como consecuencias embarazos no deseados así como el contagio de enfermedades de transmisión sexual (Caraveo y Anduaga, 2006).

Por otra parte, con relación a la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la adolescencia, es importante considerar que algunos problemas de salud mental se incrementan en esta etapa del desarrollo. Achenbach (1982) señaló que en la adolescencia tardía pueden aparecer trastornos como la depresión, la anorexia y la conducta antisocial; y sugirió que si estos trastornos no se atienden a tiempo y adecuadamente, pueden conducir la conducta desadaptativa de los jóvenes hacia trastornos más severos como la actividad criminal, abuso de alcohol y drogas, y tendencias suicidas. Así mismo, los estudios acerca de la psicopatología del desarrollo han mostrado que algunos problemas y trastornos iniciados en la infancia pueden persistir hasta la edad adulta (Caraveo y Anduaga, 2006).

A este respecto, uno de los principales estudios sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, es el reportado por Rutter, Graham, Chadwick y Yule (1976) en la Isla de Wight, y resumido por Rutter y Graham (Archer, 2005). En dicho estudio, una muestra de 2,000 británicos entre 14 y 15 años fueron evaluados para identificar a aquellos que presentaran una “desviación” en sus patrones de adaptación.

Como parte de los resultados de este estudio, destaca el hecho de que algunos trastornos psiquiátricos mostraron incrementos substanciales durante esta etapa del desarrollo, las cuales incluyeron la presencia de trastornos afectivos y conductas depresivas, principalmente. Junto con el incremento en la depresión, también se encontró un incremento en la frecuencia de intentos y la consumación de suicidio. Estos datos son similares a los reportados en un estudio realizado en algunos países de América (Maddaleno et al., 2003) donde se encontró que los síntomas depresivos y las conductas suicidas fueron los problemas de salud mental reportados con mayor frecuencia por los jóvenes.

En esta misma dirección Abad, Forns y Gómez (2002) en población catalana, encontraron un incremento progresivo del desajuste emocional autoinformado en la etapa adolescente. En las mujeres este desajuste adoptó la forma de conductas internalizadas, con una mayor vulnerabilidad hacia problemas depresivos, mientras que en los hombres adoptó la forma de conductas externalizadas, mayormente asociadas a problemas de conducta.

Sin embargo, cabe señalar que únicamente entre el 10-20% (Rutter y Graham, 1985) y el 11-33% (Abad, Forns y Gómez, 2002; Maddaleno et al., 2003) de los adolescentes en dichos

estudios, mostraron alteraciones emocionales severas. Lo cual permite señalar que a pesar de que existe un acuerdo con relación a que la adolescencia es un tiempo de cambios cruciales, no es ordinariamente un tiempo de confusión y de trastornos psicológicos severos.

De acuerdo con lo anterior, es importante considerar que la mayoría de las situaciones de morbilidad y mortalidad que cuentan para las enfermedades, daños y muerte en los adolescentes son respuestas conductuales a los cambios relacionados con su estructura económica, educativa, familiar y social. De esta forma, es el comportamiento de los jóvenes, el cómo actúan e interactúan día a día, lo que los pone en riesgo de tener consecuencias adversas en cualquiera de las dimensiones relacionadas con su salud física y emocional.

Tasas de mortalidad en la adolescencia.

Si bien es cierto que, de manera general, los adolescentes gozan relativamente de buena salud y que la adolescencia es un tiempo en el que las principales morbilidades no están generalmente relacionadas con enfermedades como ataques de corazón y cáncer; y que más bien las tasas de morbilidad y la mortalidad en esta etapa del desarrollo están vinculadas con la conducta social de los jóvenes, es importante poner atención a las conductas de riesgo en las que se involucran, ya que en la actualidad, las lesiones son la principal causa de muerte e incapacidad en esta población.

Con relación a algunas estadísticas realizadas en los Estados Unidos, los accidentes automovilísticos representan la principal causa de muerte (25.7/ 100,000), seguida del homicidio (12.8/ 100,000), y del suicidio (9.6/ 100,000) entre jóvenes de 15 a 24 años de edad (Arias y Smith, 2003). De acuerdo con los Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2010) alrededor del 67% de las muertes en niños y adolescentes entre 5 y 19 años se deben a causas relacionadas con lesiones, dentro de las que se encuentran los accidentes automovilísticos (48%), lesiones no intencionales (21%), homicidios (16%), y el suicidio (14%).

Dentro de las conductas que se encuentran asociadas con estas lesiones están las peleas físicas, portar armas, tener un plan suicida y no usar el cinturón de seguridad. A este respecto, las estadísticas en los Estados Unidos (CDC, 2010) reportan que el 36% de los estudiantes de nivel educativo medio superior se involucró en peleas físicas en el último año, 18% portó un arma de fuego en el último mes, 14% consideró seriamente intentar suicidarse, 11.3% hizo un plan acerca

de cómo quitarse la vida en los últimos 12 meses antes de la encuesta, y 11% reportó no usar el cinturón de seguridad cuando manejaban un vehículo.

Por lo que respecta a México, se reportan datos similares ya que de acuerdo con las últimas estadísticas reportadas por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2009) la principal causa de muerte entre los jóvenes, independientemente de si son hombres o mujeres, son los accidentes automovilísticos representando el 59.5% del total de decesos por esta causa; entre las causas de muertes violentas le siguen las agresiones (homicidios) y las lesiones autoinfligidas (8.1% hombres y 6.2% mujeres) destacando la lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.

De acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) respecto a la muerte por suicidio, en México las tasas de suicidio consumado en jóvenes de 15 a 24 años de edad son bajas (6.2/100,000) en comparación con las de países del mismo continente como Guyana (28.8/100,000), Uruguay (14.6/100,000) o Estados Unidos (10.2/ 100,000) o bien con las de países de Europa y Asia, como Finlandia (18.2/100,000), Noruega (14.8/100,000) y Japón (15.4/100,000).

No obstante, este problema está cambiando y va en aumento, considerando que el suicidio de jóvenes en México ha mostrado un incremento muy rápido en periodos cortos de tiempo; entre los años de 1990 y 2000 el aumento fue del 74% en la población de 15 a 24 años (Bridge, Goldstein y Brent, 2007). Situación que se asemeja a lo ocurrido en países como España, que a pesar de tener una de las tasas de suicidio más bajas de Europa (8.7/100,000) ha sufrido uno de los incrementos más altos en poco tiempo pasando del 5.3 en 1984 al 6.2 en 1998 (Ruiz-Pérez y Orly, 2006). Esta problemática ha cobrado especial importancia entre los jóvenes de 15 a 24 años, grupo poblacional donde el suicidio es la segunda causa externa de muerte (3.9/100,000) (OMS, 2008).

Con relación a los datos presentados, en la actualidad el suicidio se considera uno de los principales problemas de salud pública, ya que, a pesar de que muchas heridas intencionales y no intencionales, así como intentos de suicidio, resultan en lesiones en lugar de la muerte, los adolescentes pueden experimentar heridas serias que los incapacita y los aleja de gozar un adecuado bienestar físico, emocional, personal y familiar.

De acuerdo con lo anterior, el panorama de la salud en México y en otras partes del mundo muestra que la magnitud y trascendencia de las diversas problemáticas en los jóvenes es amplia e importante. Lo que subraya la necesidad de identificar tempranamente problemas que con el tiempo pueden conducir a otro tipo de patologías.

El contexto de la adolescencia en México

Los jóvenes de cualquier país tienen un papel muy importante en el crecimiento económico, político, social y cultural del lugar en el que se encuentren. En México, esta importancia es evidente debido a que este grupo poblacional representa un porcentaje destacable de la población total del país. De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2010) en el 2010 residían 20.2 millones de personas entre 15 y 24 años de edad, representando cerca de la quinta parte de la población total en ese momento (108.4 millones). De ellos, 10.4 millones eran adolescentes y 9.8 millones adultos jóvenes. Los adolescentes de 15 a 19 años de edad representan el 35.9%, mientras que los jóvenes de 20 a 24 años el 33.3% y los de 25 a 29 años el 30.8% (INEGI, 2009).

De acuerdo con el último Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2010) las últimas estadísticas revelan que existen 112 336 538 millones de habitantes en el país, de los cuales 48.8% son hombres y 51.2% mujeres. La población mexicana continúa siendo predominantemente joven, no obstante la pirámide poblacional ha sufrido algunos cambios en su estructura por edad ensanchándose en el centro y reduciéndose en la base, es decir, la proporción de niños ha disminuido y se ha incrementado la de adultos en edad laboral. De esta forma, la población menor de 15 años representa el 29.3% del total, mientras que el 64.4% lo constituye el grupo poblacional entre 15 y 64 años.

Las características educativas, económicas, laborales y sociales de los jóvenes mexicanos que a continuación se describen representan aspectos fundamentales a considerar en el estudio de esta población.

Con relación al ámbito educativo, según los datos reportados por la Encuesta Nacional de la Juventud en el año 2005 (Instituto Mexicano de la Juventud [IMJ], 2006), la proporción de jóvenes, entre 12 y 29 años, que sólo se dedicaban a estudiar representó el 43.7% del total de la

población juvenil, de la cual la mayor parte la aportó el grupo de jóvenes entre 12 y 14 años de edad (92.6%). De los jóvenes que asistían a la escuela, la presencia de la población masculina era ligeramente mayor respecto a la femenina. Sin embargo, según datos del Consejo Nacional de Población en el año 2009, cuatro de cada diez jóvenes entre 15 y 24 años asisten a la escuela, en proporciones prácticamente idénticas para hombres y mujeres (43.5% y 43.7% respectivamente). En este sentido la posición de las mujeres respecto a la asistencia escolar ha sufrido un cambio significativo (CONAPO, 2010).

En promedio, la población joven tiene 9.7 años de estudio, es decir, cuenta con la educación básica terminada. Sin embargo, el 28.6% de los jóvenes tienen rezago educativo, lo cual indica que no han logrado concluir la educación básica obligatoria o secundaria (INEGI, 2009). A este respecto, las encuestas reportan que el aumento significativo de la deserción o abandono escolar, se da a partir de los 15 años y asciende considerablemente conforme avanza la edad (IMJ, 2006).

Enfocándonos al grupo de jóvenes entre 16 y 18 años de edad, que corresponde al nivel de educación media superior, de acuerdo con las estadísticas de la Secretaría de Educación Pública (SEP, 2010) la matrícula total de los jóvenes de bachillerato en el ciclo escolar 2009-2010 fue de 4.1 millones de alumnos, equivalente al 12% de todo el sistema educativo escolarizado. De los cuales el 43.8% de los jóvenes asiste a escuelas administradas por los gobiernos estatales; el 26% concurre a servicios de la federación; el 12.5% acude a escuelas de sostenimiento autónomo, y el 17.7% de alumnos estudian en instituciones particulares o privadas. Estos datos nos indican que la demanda de ingreso a las instituciones públicas de nivel medio superior es muy alta, por lo que cada vez se requiere de mayor preparación educativa por parte de los jóvenes.

Por otro lado, considerando el ámbito económico y laboral, la incorporación al mercado de trabajo es una de las transiciones más relevantes en la trayectoria de los individuos. En el caso de los jóvenes el trabajo implica además un paso más hacia la autonomía respecto a los padres y el hogar de origen. Durante el primer trimestre de 2009, la población económicamente activa del país entre los 15 y 29 años, fue de 14.7 millones de personas; donde los jóvenes representaron el 32.5% de la fuerza de trabajo total (INEGI, 2009).

Así mismo, un aspecto que es de suma importancia y que en la actualidad afecta a la población en edad laboral a nivel mundial es la falta de empleo, a este respecto la desocupación

laboral de los jóvenes mexicanos entre 2006 y 2009 pasó de 904 mil a 1 millón 248 mil, lo que significó un crecimiento de 344 mil desocupados durante estos años. La tasa de desocupación durante el periodo creció de 6.2% a 8.5%, esta situación afectó más a las mujeres jóvenes, cuya tasa de desocupación en el primer trimestre de 2009 ascendió a 9.1% mientras que la de los hombres se ubicó en 8.1%. La desocupación registró un crecimiento en el periodo al pasar de 5.7% en 2006 a 7.5% en 2009 afectando a poco más de un millón de jóvenes con necesidad y disponibilidad de ofertar más tiempo de trabajo.

Algunos jóvenes se ven en la necesidad de trabajar y estudiar para solventar los gastos de la escuela, mientras que algunos otros abandonan los estudios y se insertan de lleno en el campo laboral, lo cual puede mermar su continuación o reincorporación escolar. Lo anterior es cierto considerando que, el trabajo al cual se incorporan los jóvenes es mayoritariamente de tiempo completo (56%), seguido de los empleos de medio tiempo (42.4 %). Así mismo, quienes únicamente trabajan o desempeñan actividades laborales como condición preponderante, representa el 28.8% y es el grupo con mayor edad (25-29 años). Los jóvenes que no estudian ni trabajan suman el 22% y fueron principalmente mujeres entre 20 y 29 años. Aquellos que se desempeñaron tanto en el estudio como en el trabajo fueron el 5.3% de la población juvenil, y de ellos la proporción más elevada la constituyeron los hombres entre 20 y 24 años (9%) y las mujeres entre 15 y 19 años de edad (7.5%) (IMJ, 2006).

Por su parte, las condiciones económicas y laborales del país no son, en la mayoría de las veces, las más adecuadas para los jóvenes, considerando que no cuentan con un contrato en su primer trabajo (71.8%) a pesar de que muchos de ellos (57.8%) trabajaba diariamente más de ocho horas además de que los sistemas de prestaciones sociales no siempre están garantizados. Según la jornada de trabajo, 811 mil jóvenes trabajan menos de 15 horas semanales; en el extremo contrario se ubican 3.9 millones que laboran más de 48 horas semanales y quienes lo hacen de 35 a 48 horas representan el 47% (INEGI, 2009). Aproximadamente 60% de los jóvenes que trabajan recibe un sueldo equivalente a dos salarios mínimos, situación que se agrava para los adolescentes, de los cuales el 25.4% no recibe ingresos y el resto recibe menos de dos salarios mínimos. De los adultos jóvenes 9.3% no recibe ingresos y 75% percibe menos de tres salarios mínimos. La menor percepción de ingresos de los adolescentes es un claro ejemplo de las

desventajas a las que esta población se expone si se incorpora al mercado de trabajo cuando, idealmente, debería estar estudiando (CONAPO, 2010).

Otro aspecto importante en los jóvenes mexicanos, se vincula con en el tipo de actividades que realizan y en la forma en que distribuyen su tiempo libre.

En función de las actividades cotidianas que realizan jóvenes de 12 a 29 años, se encuentran: actividades domésticas como cocinar alimentos, limpiar la vivienda, lavar la ropa y realizar compras para el hogar; cuidar a niños o miembros del hogar; trabajar; realizar actividades educativas, culturales, de esparcimiento y convivencia. Una mayor cantidad de mujeres que de hombres realizan trabajo doméstico y cuidan niños o algún otro miembro del hogar, mientras un mayor volumen de hombres se desempeña en el mercado laboral (INEGI, 2006).

Con relación a la distribución del tiempo libre y a la convivencia con el grupo de pares, según la Encuesta Nacional de la Juventud (IMJ, 2009), los jóvenes reportaron que su amigos son por lo regular de la escuela o del barrio o colonia donde viven, en menor porcentaje están los amigos del trabajo, seguidos de la familia o la iglesia. Para pasar su tiempo libre, los jóvenes prefieren reunirse con sus amigos, ir al cine e ir a bailar. Después de estas actividades, que las comparten ambos sexos, los hombres prefieren hacer deporte y salir con su pareja, mientras que las mujeres prefieren ir al parque y salir de compras. En general, la mitad de su tiempo libre la pasan con sus amigos, una tercera parte la pasa con el novio(a) y en tercer lugar se encuentra la familia. En correspondencia con el lugar de reunión con los amigos, éstos se reúnen principalmente en la calle, la escuela o en la casa de alguno de ellos. Los hombres prefieren más las áreas deportivas o los bares, mientras que las mujeres optan más por los parques o las plazas e incluso los centros comerciales y la iglesia.

Como un aspecto adicional de las características de los jóvenes en México, cabe señalar que los contextos familiar y social representan una influencia muy importante en el desarrollo de los adolescentes. Debido a que la, cada vez más marcada, diferenciación de estratos sociales en nuestro país, así como la necesidad económica que propicia que muchos padres abandonen sus hogares por largas jornadas laborales, y el bombardeo continuo de los medios masivos de comunicación, vinculados con la violencia, son factores que pueden influir en la calidad de las relaciones de los hijos con sus padres, en el involucramiento de los jóvenes en conductas de

riesgo y en el incremento de malestar emocional relacionado al sentido de búsqueda e identificación que caracteriza a dicha etapa del desarrollo humano.

Así mismo, los adolescentes pueden vivir situaciones económicas, familiares y sociales muy distintas, sin embargo todos están expuestos, en mayor o menor medida, a las mismas problemáticas de salud. Lo que nos conduce a reflexionar sobre la necesidad de conocer las características de la población de jóvenes en nuestro país para que se puedan generar programas de prevención e intervención dirigidos a estos grupos, y más aún, incentivar la participación de éstos en el diseño y puesta en marcha de dichos programas.

Para lograr lo anterior, se debe elaborar un diagnóstico sobre las características y condiciones del contexto en el que viven los jóvenes mexicanos, ya que en la medida en la que sean identificados estos elementos, será posible hacer inferencias acerca de las necesidades y problemas a los que se enfrentan, facilitando la toma de decisiones en materia de juventud que permitan crear políticas de salud públicas con mayor probabilidad de éxito.

CAPÍTULO 2. SUCESOS DE VIDA EN LA ADOLESCENCIA

Estrés y estresores en la adolescencia

De acuerdo con Rutter (1988) el uso del término “estrés” se remonta a principios del siglo catorce. Su conceptualización se aplicaba de manera similar a una forma de estímulo (o estresor), una fuerza que requería cambio en la adaptación (esfuerzo), un estado mental (angustia), y a una forma de reacción corporal o respuesta. Sin embargo, su definición se ha ido delimitando a través del tiempo.

Lazarus y Folkman (1991) definen al estrés como una relación particular entre la persona y su ambiente que es apreciada por el sujeto como algo que rebasa sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Para Seiffge-Krenke, Aunola y Nurmi (2009) el estrés es indicativo de un desequilibrio entre el individuo y su ambiente, da la pauta de que algo está en juego y por tanto demanda una reacción.

Para algunos teóricos del desarrollo (Garmezy, 1988; Masten y Garmezy, 1985) un evento de vida estresante se refiere a cualquier cambio en el ambiente el cual provoca un alto grado de tensión emocional e interfiere con los patrones normales de respuesta de los individuos, además de que está asociado a síntomas físicos y de salud mental.

Los eventos de vida estresantes enfrentados por las personas constituyen, de acuerdo con Compas, Davis, Forsythe, y Wagner (1987) un factor importante en la etiología y curso de una variedad de problemas psicológicos y del comportamiento.

De acuerdo con Seiffge-Krenke (1998) los individuos se vuelven más vulnerables y propensos al estrés durante periodos de transición biológica, social y psicológica. Es así como en la adolescencia, etapa del desarrollo en la cual se deben confrontar un gran número de cambios, los jóvenes pueden encontrarse bajo circunstancias personales, sociales, políticas y económicas que les generen situaciones estresantes.

Seiffge-Krenke, Aunola y Nurmi (2009) señalan que el experimentar ciertos niveles de estrés tiene una función importante en el desarrollo adolescente dado que los jóvenes deben realizar un esfuerzo continuo por adaptarse a los problemas que se les presentan en su vida cotidiana.

Las teorías del desarrollo como la teoría focal (Compas, 2007) y las teorías del ciclo vital o “life-span” (Baltes, Lindenberger y Staudinger, 2007) establecen que durante las diferentes fases de la adolescencia se presentan diversas tareas que los jóvenes tienen que resolver. A este respecto se ha enfatizado que la mayoría de los adolescentes se confrontan con situaciones medianamente estresantes (Seiffge-Krenke et al., 2009). Por ejemplo, intentan hacer que sus relaciones con sus padres sean más igualitarias, comienzan a extender sus redes sociales al incluir a amigos y parejas románticas, y se enfrentan a retos académicos. De esta forma, el desarrollo de la mayoría de los adolescentes está marcado por la ausencia en el involucramiento de conductas delictivas, actividades antisociales y de problemas emocionales serios (Achenbach, 1982). De hecho, la mayor parte de los adolescentes mantienen un sentido positivo de sí mismos a través de esta etapa.

Por el contrario, el funcionamiento desadaptativo se encuentra en las trayectorias de individuos que entraron a la adolescencia con una historia personal de problemas o de trastornos, o quienes están o han estado expuestos a estrés crónico y a adversidades por la ausencia de recursos que les permitan atenuar estos riesgos, como el sufrir acoso sexual, violencia en la comunidad, persecución racial, entre otros. Es así como el desarrollo de algunos adolescentes, puede estar marcado por la presencia de sucesos altamente estresantes en su vida cotidiana, lo cual es de gran importancia al considerar que mientras la exposición a los estresores incrementa, también lo hace el riesgo de presentar resultados negativos (Morales y Guerra, 2006).

Sucesos normativos y no normativos

De acuerdo con Seiffge-Krenke (1995; 1998; 2002) existen dos clases de sucesos relacionados con los diversos tipos de estresores presentes en la vida de los adolescentes, los normativos y los no normativos.

Los sucesos normativos están constituidos por aquellos eventos que todos los adolescentes deben confrontar, como cambios físicos o corporales, cambios de escuela, variaciones en las relaciones con los padres, el inicio del interés sexual en los otros, preocupaciones por su futuro.

Estos sucesos se presentan aproximadamente al mismo tiempo entre adolescentes de la misma edad y están asociados con el cumplimiento de expectativas específicas en las tareas del desarrollo que corresponden a esta etapa de la vida. De acuerdo con Lucio y Durán (2003) estos sucesos son fáciles de predecir y bastante frecuentes por lo que se perciben como medianamente estresantes y controlables.

Los sucesos no normativos se refieren a aquellos eventos que pueden ocurrir en cualquier momento, que son relativamente infrecuentes, difícilmente predecibles y extremadamente abrumadores como el divorcio de los padres, accidentes, asaltos, la muerte de alguien cercano y muy querido. De acuerdo con lo cual, pueden definirse como eventos de vida significativos y críticos, que aumentan la probabilidad de producir un desajuste en el adolescente. Dado que son poco controlables e influenciados, y es muy complicado prepararse por anticipado para enfrentarlos (Lucio y Durán, 2003).

Con base en lo anterior, Lucio, Plascencia y Zamarrón (2005) sugieren que los sucesos vividos por los adolescentes, sean normativos o no-normativos, determinan en gran medida su estado emocional, haciendo énfasis en la importancia de la frecuencia e intensidad que dichos sucesos tienen, así como en la influencia que ejercen sobre el ajuste psicológico de los adolescentes.

Los sucesos de vida estresantes se han categorizado en dimensiones dependiendo de la duración a la exposición, asociada con la experiencia y el alcance con el cual la situación es controlable o no controlable (Grant et al., 2003).

Para Compas (1998) los estresores pueden ser sucesos normativos o atípicos, grandes o pequeños en magnitud, o crónicos o agudos en naturaleza. Este autor distinguió tres categorías generales de estresores, los normativos o genéricos, los no normativos o agudos y los crónicos. Asimismo, él y otros autores (Compas, Malcarne y Fondacaro, 1988) señalaron que los sucesos de vida agudos pueden considerarse como eventos críticos y pueden estar asociados con síntomas físicos y/o psicológicos; y que los sucesos normativos o genéricos pueden convertirse en eventos crónicos en función de la presencia y magnitud de la ansiedad que generan.

De manera similar, Lazarus y Folkman (1991) identificaron a los sucesos de vida en la adolescencia en términos de eventos mayores, desencadenantes de estrés, asociados con la presencia de problemas emocionales y de salud (como la muerte de algún familiar, embarazarse, casarse) y en términos de eventos cotidianos (como discusiones frecuentes entre los padres, hermanos) que pueden convertirse en mayores o críticos, y en este sentido, ser estresores crónicos dada su frecuencia, intensidad o duración, generando ansiedad e incrementando sus niveles al grado de provocar problemas en la salud integral del adolescente.

Al considerar que todos los jóvenes experimentan algún grado de estrés mientras avanzan por la adolescencia, Compas (1987) propuso que existen dos factores clave que sirven como predictores de síntomas psicológicos durante la esta etapa. Por una parte, está la acumulación de estrés cotidiano (eventos que en el día a día y de manera acumulativa resultan en un estado de estrés en el individuo) y, por otra, la ocurrencia conjunta de estresores no normativos severos en un lapso corto de tiempo.

A este respecto, Coddington (1972b) sugirió que el cúmulo de un número determinado de eventos, aparentemente menores, ocurridos durante un periodo de tiempo dado, puede aumentar el grado de estrés, más que la vivencia de un sólo evento traumático. En otras palabras, el grado de estrés o adversidad también puede resultar de la acumulación de problemas o estresores de la vida cotidiana, lo cual puede tener un efecto mayor en el individuo que la presencia de eventos traumáticos aislados.

Lo anterior es particularmente cierto considerando que cuantas más dificultades experimente cualquier persona, mayores recursos necesitará para hacerle frente a éstas; principalmente durante la adolescencia, periodo en el que se presentan un gran número de sucesos normativos y no normativos que hay que manejar.

Aproximaciones al estudio sobre sucesos de vida estresantes en la adolescencia

Al considerar el estudio de los sucesos de vida estresantes en niños y adolescentes, existen diversas aproximaciones las cuales consideran por un lado, la elaboración de listados de estresores preestablecidos, y por otro, la codificación de los sucesos expresados por los propios individuos.

Coddington (1972a) precursor en las investigaciones sobre estrés en niños y adolescentes, sugirió que es importante conocer los eventos estresantes ocurridos en un determinado periodo del desarrollo y poder determinar el valor atribuido a dichos eventos, pues, es una herramienta más para identificar la fuente de conflictos emocionales en niños y adolescentes. Su estudio, que consistió en la elaboración de un listado de estresores en el que cada uno de ellos recibía un valor o peso como generador de estrés, tenía como objetivos estudiar la significancia de los eventos de vida que ocurren en diversos grupos de edad (desde preescolar hasta nivel medio superior) y establecer el valor relativo así como el rango de los diferentes eventos otorgados a través de la opinión de diversos expertos. Este tipo de formato ha sido ampliamente criticado, especialmente por el hecho de que la importancia y severidad otorgada a cada estresor es variable y está en función del peso que los expertos le otorgan según su edad y experiencia.

Con respecto a los datos reportados por Coddington (1972b) existen más eventos estresantes en la adolescencia que en la infancia y los eventos de vida son percibidos de diferente manera en función de la etapa; así mismo, se reporta que el primer incremento en la ocurrencia de eventos de vida se da a los 6-7 años cuando los niños comienzan la escuela, pero que el principal aumento de sucesos estresantes ocurre a la edad de 12-14 años con el advenimiento de la pubertad y los cambios en la dinámica familiar.

Otra aproximación al estudio de los sucesos de vida estresantes, es el análisis de los problemas vividos y expresados por los propios adolescentes. A este respecto, Lazarus y Folkman (1991) sugirieron que al ser el estrés una variable subjetiva, es importante evaluarlo tomando en cuenta la propia perspectiva del sujeto con respecto a diversas circunstancias de su vida cotidiana, ya que un aspecto crítico de la percepción del estrés tiene que ver con el hecho de que la persona juzgue una situación como algo que está excediendo sus recursos. De esta manera, al considerar que los jóvenes evalúan los sucesos con base a sus experiencias, es importante conocer los eventos o problemas que les sucedieron y el valor atribuido por ellos mismos.

A través de algunos estudios como el de Kirchner y Forns (2000) se han identificado, mediante relato escrito, los acontecimientos estresantes expresados por algunos adolescentes (12 a 16 años) pudiendo a su vez clasificarlos en diversas categorías (amistad; infancia; familia;

escuela; solaz; madurez; relación chicas-chicos; regalos; animales; salud; religión y trabajo) que permiten situar adecuadamente las áreas de mayor conflicto en esta población.

Por su parte, Larson y Ham (1993) encontraron que los adolescentes tempranos experimentan en promedio más sucesos de vida negativos, que el promedio de los preadolescentes, relacionándolo con el hecho de que la edad trae mayor susceptibilidad y vulnerabilidad emocional en eventos temporalmente distantes; así mismo, señalaron que existe una relación entre un mayor número de cambios de vida enfrentados por los adolescentes de edad temprana y sus experiencias diarias, más frecuentes de afecto negativo, haciendo énfasis en el hecho de que los adolescentes tienden a atribuir sus afectos negativos a situaciones sociales complejas y a los sentimientos de los otros; por lo que su estado emocional parece ser vulnerable a eventos en un plano más amplio de tiempo y espacio interpersonal.

En nuestro país algunas investigaciones (Lucio, León, Durán, Bravo y Velasco, 2001) realizadas con adolescentes de diferentes grupos de edad (13-14, 15-16 y 17-18 años) han reportado que a medida que aumenta la edad, también aumenta la exposición a sucesos estresantes, así mismo, señalan que existen diferencias de género con relación a la frecuencia de sucesos estresantes, indicando que los hombres reportan mayor ocurrencia de sucesos estresantes que las mujeres.

Asimismo, en un estudio realizado por Seiffge-Krenke y Shulman (1990) se encontraron diferencias por edad en cuanto a las estrategias de afrontamiento al estrés, donde los adolescentes tempranos reportaron mayores intentos por evadir la situación estresante que los adolescentes tardíos. Con relación a las diferencias por sexo, en contraste con lo reportado por Lucio et al. (2001), estas autoras reportaron que las mujeres adolescentes no sólo consideran los eventos como más estresantes que los hombres, sino que también reportan una mayor cantidad de estrés en curso.

A su vez, en un estudio de codificación multiaxial de los problemas vividos por algunos adolescentes españoles, Forns et al. (2004) encontraron que las mujeres adolescentes reportan mayor número de problemas en sus relaciones interpersonales y de autculpa que los hombres, quienes a su vez, reportaron más problemas de rendimiento escolar y conflictos con las normas y reglas. Por su parte, las mujeres adolescentes informaron mayor número de problemas en los que

participan la familia, los compañeros y amigos, mientras que los hombres reportaron ser los principales participantes en sus conflictos. Así mismo, las adolescentes situaron más problemas en el hogar que los adolescentes, quienes lo hicieron en el entorno escolar. Lo reportado por este estudio permite señalar que la naturaleza de los problemas, su contenido, los sujetos implicados y el ámbito en el que ocurren varían según el sexo.

De manera similar, Lucio, Barcelata, Durán y Villafranca (2004) a través de un estudio que pretendía identificar diferencias en los sucesos de vida reportados por dos tipos de poblaciones adolescentes (mexicanos y venezolanos), encontraron diferencias por sexo, sugiriendo que las mujeres adolescentes, de ambos grupos, reportan mayores puntuaciones en los sucesos negativos en las áreas familiar, social y personal, mientras que los hombres adolescentes, de ambos grupos, presentaron más sucesos de tipo negativo en lo relacionado con las áreas de salud, problemas de conducta, escolar y de logros y fracasos. Así mismo, mediante este estudio se quiso determinar si la percepción de dichos eventos se ve influenciada por la cultura o clima social que rodea al adolescente, encontrando diferencias significativas entre las dos poblaciones de jóvenes, donde los adolescentes mexicanos, de ambos sexos, parecen estar en mayor riesgo de presentar problemas que los venezolanos, lo cual puede deberse a las diferencias no sólo culturales sino también de contexto.

De acuerdo con Rutter (1988) es importante considerar que aún para los eventos que presumiblemente evocan un malestar universal, la referencia se da sobre un patrón o modelo de respuesta, donde la severidad y adecuación de la reacción variará considerablemente de persona a persona en virtud de las condiciones estresantes, incluyendo las más extremas y demandantes, así como el contexto social y cultural en el que se encuentren.

Por otra parte, los sucesos de vida estresantes durante la adolescencia se han relacionado con problemas de conducta y emocionales, tales como depresión, suicidio y uso de sustancias (Seiffge-Krenke y Shulman, 1990; Seiffge-Krenke, 1998, Seiffge-Krenke y Stemmler, 2002).

Con respecto a la relación entre sucesos de vida estresantes y suicidio en población adolescente mexicana, Hernández-Cervantes y Lucio (2006) encontraron que, según lo reportado por los jóvenes, el aumento en el número de sucesos estresantes, principalmente en los ámbitos familiar y personal, incrementa el riesgo de suicidio en esta población.

Se han realizado diversas investigaciones con relación a los sucesos de vida en la población adolescente; y uno de los aspectos que se ha observado es que, a pesar de que determinadas presiones y demandas ambientales producen estrés en la mayoría de las personas, las diferencias individuales y de grupo siempre se manifiestan, variando en su sensibilidad y vulnerabilidad ante cierto tipo de acontecimientos así como en su interpretación y reacción ante los mismos.

De acuerdo con lo anterior, no sólo es de interés el estudio de la influencia de los sucesos de vida estresantes en los problemas psicológicos y del comportamiento durante la adolescencia, sino que además es de especial relevancia para el cuidado de la salud de los jóvenes, la forma en la que afrontan las demandas normativas y los estresores no normativos, los cuales pueden añadirse al estrés en el desarrollo incrementando la probabilidad de tener resultados negativos o de desadaptación (Seiffge-Krenke et al., 2009).

De esta forma, una de las aproximaciones al estudio del estrés es evaluar el impacto que tienen los sucesos de vida estresantes en los jóvenes, tales como vivir en un contexto de adversidad y riesgo, ya que algunos de los sucesos de vida no normativos pueden alterar la trayectoria del desarrollo normal e influir en la presencia de psicopatología en los adolescentes, al saber que niveles elevados de estrés están asociados con el desarrollo de psicopatología en esta población (Fraser, 2004; Grant, Compas, Thurm, et al., 2006).

Los sucesos de vida y el contexto adolescente

Algunos estudios (Rutter, 2005) han mostrado una asociación sustancial y estadísticamente significativa entre un amplio rango de factores ambientales de riesgo y una variedad de consecuencias psicológicas que abarcan variaciones normales en los rasgos psicológicos y una diversa mezcla de resultados psicopatológicos.

Por ello, una aproximación al estudio del estrés ha sido considerar los efectos de los sucesos estresantes repetidos, los problemas diarios, y el estrés acumulado sobre las consecuencias en el desarrollo, las cuales pueden variar desde experiencias vividas en el hogar, en la escuela, con el grupo de pares y en el vecindario (Fraser, 2004).

Uno de los aspectos más importantes relacionados con los sucesos de vida de los individuos son los efectos del contexto, los cuales pueden desviar el estrés o contribuir a éste ya que influyen en la regulación de los recursos sociales de las personas.

Es así como la teoría ecológica, al enfocarse tanto al individuo como a su contexto, representa un aspecto importante de considerar. Dentro de las principales representantes de esta teoría, se encuentra Bronfenbrenner (1987) quien estableció que el desarrollo de los niños está fuertemente influenciado por la familia, la escuela, los amigos o el grupo de pares, el vecindario, y el contexto de la comunidad en el que viven.

Desde este enfoque ecológico, se concibe al desarrollo humano como un cambio perdurable en el modo en que una persona percibe su ambiente y se relaciona con él. Así mismo, se propone que el ambiente se extiende mucho más allá de la situación inmediata que afecta directamente a la persona en desarrollo, como los objetos a los que responde o a las personas con las que interactúa.

Considerando los efectos del contexto, Fraser (2004) establece que éstos son condiciones ambientales que afectan la vulnerabilidad de los individuos. De acuerdo con este autor, el contexto social y ambiental puede crear y mantener un funcionamiento pobre al exponer a los niños a las experiencias perjudiciales; y alternativamente, puede promover un alto funcionamiento al exponer a los niños al cuidado y apoyo de otros y con ello obtener oportunidades de provecho. Para este autor, los efectos del contexto son multidimensionales, donde los factores familiares están influenciados por los factores del vecindario, de la comunidad y de la sociedad en sí.

A este respecto, Buchanan, Ten y Flouri (2000) señalan que existen algunos factores como la estructura familiar, las desventajas económicas y sociales que pueden influir en el surgimiento de problemas psicológicos en los jóvenes. Con relación a la estructura familiar, las experiencias en la infancia y el malestar psicológico en la edad adulta estos autores, mediante un estudio longitudinal, determinaron si es la estructura de la familia del niño (origen, estatus marital de los padres) o el contexto (desventajas sociales severas o experiencia de cuidado público) lo que está más asociado con problemas psicológicos en la adolescencia y en la vida adulta. Como parte de los resultados, encontraron que no es la estructura familiar en la cual se ha criado a los niños, sino

el contexto lo que está más fuertemente asociado con el desajuste en la adolescencia. Además, este estudio mostró, por una parte, que los problemas psicosociales en la adolescencia predicen significativamente una tendencia de malestar en la edad adulta, y por otra, que tanto los hombres como las mujeres responden de manera distinta ante el contexto y la estructura de su familia.

Por otra parte, considerando las desventajas económicas, la pobreza del vecindario es una de las influencias del contexto sobre la que más se ha investigado. A este respecto, Bradshaw (1990) mostró que la pobreza tiene un impacto tanto físico (salud y desarrollo pobres, y un mayor riesgo de abuso infantil) como conductual (bajo rendimiento, ausentismo escolar, embarazo adolescente, fumar, usar drogas y crimen juvenil) en los niños y adolescentes ingleses, los cuales pueden tener consecuencias a largo plazo en su salud mental.

Con respecto a las desventajas sociales, Coleman y Hagell (2007) también señalaron que las experiencias tempranas de riesgo social pueden tener consecuencias a largo plazo, que continúan en la edad adulta. De esta forma, los riesgos de crecer en una familia con desventajas sociales incluyen tener presiones económicas, vivir en barrios pobres y peligrosos con un alto índice de violencia, así como tener oportunidades educativas limitadas.

Con relación a la exposición de violencia, Flannery, Singer y Wester (2001) compararon a estudiantes norteamericanos de bachillerato potencialmente violentos con una muestra de estudiantes no violentos y encontraron que un porcentaje importante de los hombres violentos (48%) reportó haberle disparado a alguien al menos una vez en el último año, y que más de la mitad de las mujeres (65%) refirió haber atacado a alguien con un cuchillo al menos una vez en los últimos doce meses. Así mismo, los hombres violentos reportaron presenciar más violencia en su vecindario y haber sido víctimas de violencia con mayor frecuencia en la escuela o en su vecindario que las mujeres violentas, quienes reportaron con mayor frecuencia presenciar o haber sido víctimas de violencia en su hogar. En todos los casos, los adolescentes violentos reportaron niveles más altos de exposición a la violencia y a la victimización en comparación con los jóvenes no violentos.

Por lo que respecta a las oportunidades educativas, la falta de preparación de los padres y su falta de interés y apoyo en la educación de sus hijos, está normalmente asociado con su nivel sociocultural, bajas aspiraciones hacia sus hijos, una incapacidad para alentarlos y ayudarlos con

su trabajo de la escuela, y por su deseo de que abandonen los estudios a una edad temprana (Machamer y Gruber, 1998; Bynner, 2001; Huurre, Aro, Rahkonen et al., 2006).

Además del desempleo y de las limitaciones educativas, algunas vulnerabilidades entre los padres que pueden poner a los adolescentes en riesgo, incluyen el abuso de drogas, condena criminal, y enfermedades psiquiátricas (Coleman y Hagell, 2007). Algunos estudios sugieren que muchos jóvenes que usan drogas han crecido en familias cuyos miembros las consumen; es decir, donde los padres son adictos a las drogas o al alcohol (Catan, 2004).

Así mismo, vivir en ciertas ubicaciones geográficas, tales como áreas superpobladas de las grandes ciudades, indica mayor probabilidad de tener concentraciones de riesgo por arriba del promedio, las cuales están centradas en aspectos relacionados con la promiscuidad, la vivienda y pobreza familiar, así como tener bajo desempeño en la escuela (Bynner, 2001).

Sucesos de vida estresantes en adolescentes mexicanos.

De manera general, se ha señalado que las desventajas del contexto están asociadas con un amplio espectro de consecuencias relacionadas con la salud y la conducta en los jóvenes. Y aunque si bien es cierto que la mayoría de los estudios reportados se realizaron en países como Estados Unidos e Inglaterra, el contexto de los adolescentes mexicanos comparte muchos de los indicadores mencionados.

México es un país de muchos contrastes económicos, culturales y sociales. De esta forma, algunos factores del contexto en el que se desenvuelven los jóvenes mexicanos, pueden influir en la presencia de diversos sucesos de vida altamente estresantes.

Como hasta ahora se ha venido señalando, la adolescencia representa un tiempo de oportunidades para el crecimiento y maduración de una persona, influenciada por factores tanto intrínsecos como extrínsecos. Al respecto de los factores extrínsecos, González-Forteza, Jiménez, Pérez, Ramos et al. (1999) señalan que en los adolescentes influyen entornos especialmente significativos, dentro de los que destacan la familia, los amigos y la escuela. Estos entornos pueden proporcionarles las herramientas necesarias para una adecuada adaptación al ambiente social en el que se ven inmersos, o bien, pueden funcionar como elementos de riesgo en el desencadenamiento de problemas emocionales.

Entre las múltiples variables extrínsecas que interactúan en la vida de los jóvenes mexicanos, la familia desempeña un papel muy importante, en relación con el cual su estructura y dinámica, muchas veces, pueden convertirse en factores de riesgo. Algunas investigaciones (Lucio et al., 2004) han encontrado que aspectos como tener una mala o pobre comunicación con la familia, desintegración de la misma, presencia de psicopatología en algún miembro familiar, o la muerte de alguno de los padres, están relacionadas con la presencia de trastornos psicológicos en los jóvenes.

Así mismo, en un estudio con adolescentes mexicanos, entre 13 y 18 años, que asistían a consulta psicológica o que presentaban problemas de conducta, Barcelata, Durán y Lucio (2004) encontraron que dentro de los problemas más relevantes en el área familiar, se destacó la presencia constante de riñas con padres y hermanos, la falta de comunicación entre ellos, y la presión por parte de los padres. En el área personal, la mayor parte de las mujeres no estuvo satisfecha con su imagen corporal, describiéndose como temerosas, irritables, enojonas, con dificultades de concentración, y con pensamientos repetitivos. Respecto al área escolar un porcentaje importante (60%), en su mayoría de hombres, reportó problemas escolares que tienen que ver con bajo rendimiento y materias reprobadas.

Por lo que respecta a las características de la clase de bajos recursos; la situación geográfica, el ambiente del vecindario, las condiciones económicas, las limitaciones educativas, la estructura familiar, entre otras variables, se entrelazan para influir en los sucesos de vida experimentados por los jóvenes de nuestro país.

En un estudio sobre los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico, con edades entre 13 y 18 años, Lucio et al. (2001) encontraron que los adolescentes que pertenecen al nivel socioeconómico bajo, son los que reportan la mayor ocurrencia de sucesos estresantes evaluados como negativos, en comparación con los adolescentes de nivel socioeconómico alto. Así mismo, los hombres de 17 a 18 años, de ambos grupos de nivel socioeconómico, reportaron mayor ocurrencia de sucesos estresantes, en comparación con los jóvenes de menor edad.

Lo anterior pone de manifiesto una situación de riesgo para los jóvenes de nivel socioeconómico bajo, ya que algunos de ellos experimentan una serie de sucesos no normativos

que los hacen más vulnerables como el tener que dejar la escuela por las necesidades económicas de su familia, que miembros de ésta usen o consuman drogas, que exista maltrato físico y psicológico por parte de los padres o tutores, ser víctimas de constantes asaltos o violencia en su vecindario o fuera del entorno escolar, presenciar frecuentes e intensas riñas en el hogar, tener vivencias de suicidio entre sus pares o miembros de la familia, entre otros sucesos que les pueden traer consecuencias negativas no sólo en los aspectos físico y emocional, sino también en el conductual (prostitución, cometer algún delito, consumo de drogas).

Sin embargo, no obstante las adversidades de su medio, muchos jóvenes encuentran la manera de librar los sucesos de vida negativos y de salir adelante pese a las dificultades que existen en torno a su situación familiar, social y económica.

CAPÍTULO 3. RESILIENCIA EN LA ADOLESCENCIA

La psicopatología del desarrollo y la adaptación

La psicopatología del desarrollo es la aproximación más comprehensiva e integradora para entender el comportamiento en el contexto general del desarrollo humano. Esta perspectiva surgió durante las tres décadas pasadas como una teoría e investigación en la que convergen el desarrollo del niño y la psicopatología (Masten y Coatsworth, 1998; Masten, 2004; Masten, Burt y Coatsworth, 2006). Su enfoque está dirigido a conocer las variaciones de la adaptación, los procesos que intervienen en esas variaciones y cómo los patrones de la desadaptación pueden prevenirse o aminorarse.

Achenbach (1982) fue uno de los principales teóricos que propuso que la aproximación al estudio de la psicopatología basada en el desarrollo, es más una forma de ver los problemas que una solución total a los mismos. Su papel es ayudarnos a entender el comportamiento inadecuado a la luz de las tareas del desarrollo y de los procesos que caracterizan el crecimiento humano. Los cambios drásticos que ocurren desde el nacimiento hasta la madurez, constituyen un abordaje del desarrollo especialmente crucial para entender los problemas de la infancia y la adolescencia.

Para este autor, el entendimiento de la psicopatología en niños y adolescentes debe estar firmemente basado en el estudio del desarrollo normal. Definiendo al desarrollo humano como un proceso continuo en el cual hay periodos críticos, donde el éxito o el fracaso en la adaptación, influyen fuertemente sobre el curso del desarrollo posterior en el ciclo de vida.

De acuerdo con algunos autores (Masten, 2001; 2004; Masten et al., 2006; Soufre, 2007) la perspectiva de la psicopatología del desarrollo tiene algunas premisas fundamentales que deben considerarse en el estudio de la conducta, dentro de las que se encuentran:

1. Las transiciones del desarrollo son importantes, pues representan una reorganización en múltiples sistemas en respuesta a los cambios dentro del organismo, del contexto, y sus múltiples interacciones. De esta forma, los periodos de transformación rápida o dramática en el organismo, en el contexto, o en ambos (como es el caso de la transición a la adolescencia), son situaciones en las que diversos cambios en las vulnerabilidades y oportunidades pueden surgir y redireccionar el curso del desarrollo.

2. Existe un principio de multicausalidad, con relación al cual, se asume que la psicopatología surge de interacciones complejas entre el organismo y los múltiples sistemas en los cuales está inmerso. Los cambios observables en el comportamiento son resultado de múltiples causas, a múltiples niveles de interacción, reflejando la co-acción del organismo y del ambiente.
3. El organismo es un agente activo en el desarrollo. Los individuos almacenan y provocan respuestas, y escogen e influyen en los contextos que en turno contribuyen a su desarrollo. Los adolescentes pueden interactuar activamente con diversos medios y gente.
4. Se asumen influencias transaccionales entre los individuos y otros sistemas. Los individuos y sus pares, familias, maestros, y toda la gente con la que interactúan en los contextos de la vida cotidiana, influyen recíprocamente entre sí.
5. Se asume que la investigación en el funcionamiento del desarrollo adecuado e inadecuado, son mutuamente informativos. Por lo que es crucial entender no sólo el camino a los problemas sino también el camino lejos de los problemas. De esta forma, la psicopatología del desarrollo incluye el estudio de la adaptación buena y de la adaptación pobre, de la resiliencia y la vulnerabilidad, de las competencias y los síntomas, de los factores de riesgo y protección. De acuerdo con esto, se asume que el completo entendimiento de la psicopatología y los problemas, requiere una comprensión profunda de los procesos normativos y de los no normativos que pueden estar involucrados en la etiología y en la prevención de diversos problemas.

La resiliencia en la psicopatología del desarrollo

Los orígenes del estudio sistemático de la resiliencia, dentro del contexto general de la psicopatología del desarrollo, se remontan a los años setenta época en la que surgió el estudio de la salud del comportamiento, de las competencias y la adaptación desde una perspectiva del desarrollo humano (Masten y Obradovic, 2006; Masten y Powell, 2003).

El estudio de la resiliencia tiene sus raíces en el estudio de poblaciones en riesgo de psicopatología, como parte de un esfuerzo por estudiar el proceso y curso de la etiología de los

problemas. El fenómeno de los individuos con un desarrollo exitoso entre grupos de niños en riesgo alto, inspiraron a un grupo de investigadores a estudiar los procesos que podían explicar ese fenómeno (resiliencia). Este cuerpo de trabajo, incluye una considerable variedad de factores de riesgo, resultados, y posibles procesos mediadores o moderadores, de diversas situaciones y culturas, que constantemente apunta a una serie de factores ligados a tener mejores consecuencias en la adolescencia, y transiciones de mayor éxito de la infancia a la adolescencia y de la adolescencia a la edad adulta (Masten, 2004; Masten, Burt y Coatsworth, 2006; Luthar, 2003). Es así como la resiliencia, un constructo que representa adaptación positiva a pesar de la adversidad, ha recibido gran atención en las últimas décadas.

La investigación sobre resiliencia en la adolescencia, ha centrado su atención hacia las conductas constructivas y las competencias de mejoría de vida de los jóvenes al navegar a través de estresores significativos y adversidades. Con este enfoque, centrado en las fortalezas y procesos adaptativos de los adolescentes, el estudio de la resiliencia ofrece una alternativa positiva a la investigación que trata los déficits del desarrollo y la psicopatología en esta población (Everall, Altrows y Paulson, 2006).

Desde la perspectiva de la psicopatología del desarrollo, se asume que los problemas en la adolescencia tienen múltiples causas y surgen en diversos tipos de personas por diversas razones (Masten 2004). A este respecto, los sucesos de vida estresantes se han considerado como factores de riesgo en la psicopatología y disfunción psicológica en niños y adolescentes, y se han asociado con problemas de depresión, anorexia nerviosa, uso de sustancias y conducta suicida en esta población (Hernández-Cervantes y Lucio, 2006). En contraparte, se ha considerado que son resilientes los jóvenes que presentan buen ajuste, y patrones de conducta adaptativa, a pesar de vivir bajo altos niveles de sucesos de vida adversos (Tiet, Bird, Davies, Hoven, Cohen, Jensen et al., 1998).

Ejes de estudio sobre la resiliencia en la psicopatología del desarrollo

De acuerdo con Masten et al. (2004; Masten, Burt y Coatsworth, 2006; Masten y Obradovic, 2006) en el estudio de la resiliencia, bajo la perspectiva de la psicopatología del desarrollo, han surgido tres ejes o enfoques de investigación y de trabajo sobre este constructo. Dichos ejes se

han centrado principalmente en el estudio de la conducta y, de acuerdo con lo propuesto por estos autores, a continuación se resumen los aspectos más importantes que los caracterizan:

1. En el primer eje de trabajo, que comenzó hace tres décadas, los científicos conductuales pioneros en la búsqueda del conocimiento sobre la etiología de trastornos mentales graves, reconocieron la importancia del estudio sobre niños y adolescentes que parecían desarrollarse bien bajo condiciones adversas. Este enfoque se caracterizó por identificar (entre la gente joven en riesgo) los correlatos y predictores de la buena adaptación, los atributos de los individuos, de sus familias y comunidades, que parecen hacer la diferencia. Como resultado de este primer eje de trabajo, surgió una “lista” de ventajas potenciales o factores protectores asociados con la resiliencia en niños y adolescentes, la cual continúa corroborándose en diversos estudios.

2. El segundo eje de trabajo, que sigue y se continúa construyendo, está enfocado en identificar los procesos y los sistemas regulatorios o mecanismos “detrás de los factores”, que puedan explicar cómo la resiliencia ocurre de manera natural. Este enfoque está centrado en estudiar las variables mediadoras y moderadoras de la adaptación en el contexto de riesgo o adversidad.

3. El tercer eje de trabajo, que empezó hace poco, está enfocado en promover o fomentar la resiliencia a través de estrategias de prevención e intervención, que surgen en respuesta a un sentido de necesidad por crear políticas de seguridad social para los niños que crecen bajo adversidades y vulnerabilidades. Bajo este enfoque, se pretende poner a prueba los procesos “hipotetizados” en diseños experimentales basados en el marco de riesgo/resiliencia. Los esfuerzos por crear políticas de intervención, se propiciaron con el incremento concomitante de la prevención, la cual subraya la importancia de promover las competencias como una estrategia para prevenir o aminorar los problemas emocionales y conductuales en la población joven.

4. Finalmente, las contribuciones de estas tres posturas, proporcionan las bases para el cuarto eje de estudio sobre resiliencia el cual, actualmente en construcción, involucra el estudio de los procesos biológicos y neurológicos vinculados con este constructo. Así mismo, los resultados arrojados por los tres primeros enfoques sobre el estudio de la resiliencia,

produjeron un conjunto de consideraciones que se deben tomar en cuenta en el cuarto eje de estudio, algunas de las cuales son (Masten y Obradovic, 2006):

- La resiliencia es una familia de conceptos compleja que siempre requiere una cuidadosa definición conceptual y operacional.
- La resiliencia no es un rasgo o proceso único – diversos atributos y procesos están involucrados.
- Existen múltiples caminos que conducen a la resiliencia.
- Las definiciones de la resiliencia están inmersas en el contexto cultural, del desarrollo e histórico en el que se encuentre.
- No hay “acciones mágicas” para producir resiliencia.
- No hay niños invulnerables.
- Existen niveles de riesgo y adversidad tan abrumadores en los que la resiliencia no ocurre, y donde la recuperación es extraordinariamente rara o imposible.

Definición de resiliencia.

Como se ha señalado hasta ahora, el término *resiliencia*, bajo la perspectiva de la psicopatología del desarrollo, ha sido empleado más comúnmente por psiquiatras, psicólogos clínicos y del desarrollo, quienes se han interesado en saber cómo los niños y los adolescentes superan adversidades significativas en sus vidas.

Bajo este enfoque, los principales teóricos de la resiliencia (Rutter, 1988; Garmezy, 1988; 1991) la definieron como aquellas consecuencias positivas en los resultados del desarrollo entre individuos que se encontraban en situaciones de alto riesgo.

Al considerar el concepto de la resiliencia como una consecuencia positiva, este criterio comúnmente incluye aspectos como tener salud mental o ausencia de psicopatología, competencias sociales, autoestima y autoconcepto positivo, logros académicos, y éxito en las tareas del desarrollo propias de la edad, a pesar de la exposición al riesgo (Masten, Hubbard, Gest, Tellegen, Garmezy et al., 1999).

Por su parte, algunos autores (Masten y Coatsworth, 1998; Masten, Burt y Coatsworth, 2006) han señalado que la resiliencia se refiere a los procesos y patrones de adaptación positiva, en el

contexto de un riesgo significativo o de factores adversos para el desarrollo. Estos autores, distinguieron tres grupos de fenómenos resilientes, aquellos donde: (1) los individuos en riesgo muestran mejores resultados a los esperados, (2) la adaptación positiva se mantiene a pesar de la ocurrencia de experiencias estresantes y, (3) hay una buena recuperación al trauma.

Para Luthar et al. (2000) la resiliencia se refiere a un “proceso dinámico que incluye la adaptación positiva dentro del contexto de adversidad significativa” (p. 543). De acuerdo con estos autores, la resiliencia se ha descrito como un fenómeno a través del cual los individuos muestran una adaptación adecuada a pesar de presenciar fuertes adversidades en su vida. Sugiriendo que la resiliencia, por definición, abarca procesos atípicos en que la adaptación positiva se manifiesta en circunstancias de vida que normalmente conducen a la desadaptación (Luthar 2003; 2006). Bajo este enfoque, también se reconoce una diversidad de resultados que pueden reflejar resiliencia.

Algunos autores (Everall, Altrows y Paulson, 2006) la han definido como un proceso adaptativo por el que los individuos, de buena manera, hacen uso de sus recursos internos y externos para superar las amenazas al desarrollo.

En la actualidad, Rutter (2006) ha definido a la resiliencia como un “concepto interactivo que se relaciona con la combinación de experiencias de riesgo significativas y consecuencias psicológicas relativamente positivas a pesar de esas experiencias” (p. 2). Este autor hace una diferenciación entre la resiliencia y las competencias sociales, la salud mental positiva y los conceptos tradicionales de riesgo y de protección, señalando que, la resiliencia se centra en las variaciones individuales en respuesta a experiencias de vida similares.

De acuerdo con lo anterior, implícitas en la noción de resiliencia, se encuentran dos premisas fundamentales: (1) la exposición a amenazas significativas o adversidad severa; y (2) el logro de adaptación positiva a pesar de agresiones importantes en el proceso de desarrollo (Garnezy, 1991; Luthar, 2003; Luthar et al., 2000; Masten y Powell, 2003; Rutter, 2006).

Por otra parte, se ha señalado que la resiliencia es un proceso de transformación que resulta de las interacciones con otros que mueven a la persona a través y más allá del estrés, hacia una nueva y más comprensiva integración personal. Es así como Hunter y Chander (1999) proponen

que el ser resiliente significa tener un sentido saludable de uno mismo que está basado en el valor personal y en la autoeficacia, características que permiten tener un mejor abordaje a los problemas que se presentan en el transcurso del desarrollo. Estos autores señalan que la resiliencia humana se refiere a la capacidad de un individuo de vivir bien y desarrollarse positivamente a pesar de las condiciones difíciles de vida y, más aún, de salir fortalecidos y ser transformados por ellas. Resaltando, que la resiliencia es un constructo complejo que supone la interacción entre la adversidad y los factores protectores internos y externos de los jóvenes, que permiten vencer dicha adversidad.

A este respecto, Dekovic (1999) plantea que existen factores que pueden influir en el fomento de la resiliencia como una estrategia efectiva de afrontamiento, señalando que no todos los adolescentes que crecieron bajo situaciones adversas desarrollan problemas de conducta.

Desde el punto de vista de la American Psychological Association (APA, 2007) la resiliencia es el producto de la interacción de creencias, actitudes, abordajes y comportamientos, que ayudan a los niños y a los adolescentes a “pasarla mejor” durante la adversidad y a recuperarse de manera más rápida.

Bajo una perspectiva más social, el término resiliencia se ha empleado para describir algunos rasgos estables de personalidad o habilidades que protegen a los individuos de los efectos negativos de los riesgos y la adversidad (Hollister-Wagner, Foshee y Jackson, 2001; Howard y Johnson, 2000; Walsh, 2002).

Por otra parte, al definir la resiliencia, es importante considerar tanto el aspecto multidimensional, como el contexto en el que ésta ocurre.

Con relación a la idea de la resiliencia como algo absoluto o global, opuesta a la idea del constructo como relativo o circunscrito, cabe señalar que a medida que la investigación ha ido progresando, autores como Luthar et al. (2000; 2003; 2006; Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick y Sawyer, 2003; Rutter, 2006) han sugerido que se debe considerar la naturaleza multidimensional del constructo, dejado más claro que no se debe considerar a la resiliencia como un atributo fijo o rasgo estático, que una persona tiene o no tiene, sino como un proceso

dinámico que evoluciona a través del tiempo. Enfatizando en el hecho de que, los jóvenes pueden manifestar resiliencia en algunas situaciones y áreas de funcionamiento pero no en otras.

Es así como al considerar el contexto en el que la resiliencia ocurre, se ha señalado que ésta depende en gran medida de las interacciones recíprocas entre los individuos y su ambiente, donde las vulnerabilidades y/o las fortalezas por lo general surgen o aparecen bajo circunstancias de vida cambiantes (Garmezy, 1988; Luthar et al., 2000; Rutter, 2005; 2006; Werner y Smith, 1982).

Así mismo, Rutter (2005) señaló que el grado de exposición a un ambiente de riesgo está determinado en parte por las circunstancias de la sociedad, pero también por cómo las propias personas se comportan, pues, de acuerdo con sus acciones las personas modelan y seleccionan sus experiencias. Este autor indica que así como los ciclos “viciosos” de la adversidad pueden resultar de las interacciones negativas del individuo y su ambiente, también los ciclos positivos de la adaptación se mantienen y se fortalecen a través del proceso de influencia mutua.

Finalmente, con relación a lo expuesto hasta ahora, se puede concluir que el término “resiliente” describe la naturaleza relativa del concepto en oposición a su naturaleza permanente, e incluye a aquellos jóvenes que muestran una adaptación positiva ante eventos bajo los cuales se esperaría lo contrario. Es así como los jóvenes resilientes se definen no como individuos que poseen una cualidad o rasgo único, sino como individuos que han superado la adversidad mostrando patrones de adaptación positiva a través del proceso dinámico de la resiliencia (Everall, Altrows y Paulson, 2006). Donde la adaptación positiva incluye tanto la competencia social como instrumental, así como la ausencia de problemas emocionales y conductuales serios (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000; Masten, 2004; Werner y Smith, 1982).

Factores de riesgo.

Al definir la resiliencia, es necesario hablar de las amenazas a la adaptación. De acuerdo con lo cual, existe un amplio rango de factores de riesgo y adversidades que se han vinculado al estudio de este constructo. Estos factores, incluyen tanto los eventos de vida acumulativos (experiencias negativas a través del tiempo); experiencias específicas (divorcio, pérdida de un ser querido, desastres naturales); traumas profundos y adversidades crónicas, así como los factores de riesgo

bien establecidos que, estadísticamente, pronostican dificultades posteriores en el desarrollo en la población general (nacer de bajo peso) (Masten y Obradovic, 2006).

Es así como el riesgo, uno de los componentes de la resiliencia, es definido en términos de probabilidades estadísticas.

Según Dekovic (1999) los factores de riesgo son definidos como aquellas condiciones (internas y externas) que están asociadas con una mayor probabilidad de tener resultados negativos, identificados en la población adolescente, como tener pocas aspiraciones educativas, baja autoestima, poca motivación escolar, poco apoyo y control parental, así como juntarse con malas compañías, lo cual está vinculado con una serie de problemas como involucrarse en conductas delictivas, o desarrollar patrones de conducta desviados o fuera de la norma.

De manera similar, Masten y Powell (2003) señalan que una condición de alto riesgo es aquella que tiene altas probabilidades de provocar un desajuste o generar resultados indeseables en dominios críticos. De acuerdo con estos autores, las primeras investigaciones sobre factores de riesgo se centraron en el estudio de un solo factor (la pobreza, p. e.) sin embargo, los estudios subsecuentes han reconocido que los factores de riesgo tienden a agruparse o a covariar, lo cual indica que éstos incluyen un conjunto de experiencias estresantes, en lugar de un evento único, que por lo general se derivan de múltiples accidentes que ocurren en las vidas de los niños a través del tiempo.

Como resultado de esto, la investigación sobre los factores de riesgo o adversidades en niños y adolescentes ha desviado su atención al riesgo acumulativo, estudiado a través del conjunto de información sobre experiencias de vida estresantes, o bajo el cúmulo de indicadores de riesgo en estas poblaciones (Masten y Powell, 2003). A este respecto, y como se mencionó en el capítulo anterior con relación a la cuestión subjetiva del riesgo y del estrés, los investigadores deben considerar la perspectiva del individuo en el estudio de los eventos de vida estresantes relacionados con la resiliencia (Lazarus, 1991; Lucio y Durán, 2003; Luthar et al., 2000).

Con respecto a las experiencias adversas vividas en la infancia, Rutter (2005), a través del estudio con niños adoptados, señaló que éstas pueden tener efectos negativos o consecuencias como desapego, deficiencia cognoscitiva, patrones autistas, entre otros, que persisten por muchos

años después de que los niños fueron removidos del ambiente de riesgo y se ubicaron en familias adoptivas con un buen funcionamiento.

Por lo que respecta a la población adolescente, dado que ésta puede estar expuesta a múltiples factores de riesgo, como problemas económicos, conflictos familiares, psicopatología paterna, pocas habilidades intelectuales, entre muchos otros; estudiar y determinar el efecto de los factores de riesgo específicos es crucial para entender el fenómeno de la resiliencia frente a los sucesos de vida negativos (Tiet et al., 1998).

De acuerdo con lo anterior, se establece que los factores de riesgo tienen un efecto principal sobre las consecuencias (Tiet et al., 1998). Sin embargo, desde la óptica de la resiliencia, no todos los adolescentes que crecen bajo circunstancias adversas desarrollan estos problemas (Dekovic, 1999), por el contrario, cuando aparecen los conflictos, éstos pueden estar anunciando crecimiento, transformación, buenas noticias. Debido a que las crisis, vistas como oportunidades de crecimiento, implican el desarrollo y fortalecimiento de factores que dinamicen y activen el potencial humano, para superar las dificultades y salir fortalecidos de ellas.

Factores de protección.

La adaptación positiva, uno de los principales componentes en el constructo de resiliencia, se refiere a la adaptación que es substancialmente mejor a la que se esperaría encontrar estando expuesto a circunstancias de riesgo (Luthar, 2006). Esta adaptación se ha vinculado con diversas características tanto de las personas como del ambiente, que se han enmarcado en el contexto de factores protectores que aumentan la resiliencia.

Partiendo de una definición clásica, y considerando el incremento que surgió a principios del siglo XX sobre la investigación de los factores de riesgo en la psicopatología, Rutter (1988) planteó que los factores protectores son “aquellos atributos de las personas, ambientes, situaciones y eventos, que parecen templar las predicciones de psicopatología sobre la base del estatus de riesgo de una persona” (p. 73). Para este autor, los factores protectores proveen resistencia al riesgo y fomentan resultados marcados por la presencia de patrones de adaptación y competencia. De manera integral, Rutter sugiere que los factores protectores contemplan aquellas

condiciones que son benéficas para los individuos que están expuestos a un factor de riesgo, es decir, son aquellas variables que modifican los efectos de riesgo en una dirección positiva.

Los factores protectores tienen un efecto amortiguador ante la presencia de riesgo alto, pero no tienen ningún efecto ante el riesgo bajo y por lo tanto implican un efecto de interacción (Garmezy, 1988). De acuerdo con Tiet et al. (1998) un avance importante en el estudio de la resiliencia, es la distinción entre un factor protector y un factor de recursos, señalando que un factor de recursos es aquel que siempre tiene un efecto benéfico ante la presencia de riesgo alto o bajo (un efecto principal), en otras palabras, los factores de recursos predicen buena adaptación en cualquier situación de riesgo.

Hauser (1999), por su parte, definió a los factores protectores como dimensiones que “moderan los efectos de las vulnerabilidades individuales, o los peligros del ambiente, de tal forma que la trayectoria del desarrollo refleje más adaptación en un dominio dado del que hubiera reflejado si no hubieran operado los procesos protectores” (p.4).

Así mismo, Bynner (2001) señaló que los factores protectores trabajan en los componentes más maleables del desarrollo, reflejando los diferentes tipos de recursos que pueden ayudar al niño a resistir la adversidad. Están formados por las influencias emocionales, educativas, sociales y económicas en la vida del niño, operando individualmente, o de manera más usual, en interacción con cada una.

En sus inicios, Rutter (1988) y Garmezy (1988) identificaron algunos factores protectores en el estudio de la resiliencia y los clasificaron como:

1. *Atributos individuales*: referentes a las características de las personas que están relacionados con tener habilidades intelectuales adecuadas, temperamento positivo y autoconcepto positivo.
2. *Atributos familiares*: referentes a las características del contexto familiar, como calidez, cohesión y expectativas de los padres; así como el involucramiento, cercanía, orden y organización parental.

3. *Atributos de la comunidad*: referentes a las características de la escuela, los recursos del vecindario, tener redes sociales fuertes, así como un organismo de apoyo en el ambiente que ayude o auxilie en el afrontamiento y en modelos positivos de identificación.

Posteriormente, y de manera más integral, estos atributos se clasificaron en dos grandes rubros (Garmezy, 1991; Hunter y Chandler, 1999):

1. *Factores internos*: como las características disposicionales y constitucionales de los niños y adolescentes, incluyendo su temperamento, inteligencia, autoestima, sentido del humor, habilidades de empatía, tener un locus de control interno y autonomía.
2. *Factores externos*: como la cohesión y afabilidad familiar, donde existe un sentido de valor, protección y amor, al menos por uno de los padres.

Con relación a esta identificación y clasificación de factores protectores, vinculados con el desempeño adecuado en los jóvenes, Masten (2004) señaló que el estudio de la resiliencia incluye una considerable variedad de factores de riesgo, resultados y posibles procesos mediadores o moderadores, de diversas situaciones y culturas, que constantemente apunta una lista de factores, tanto internos como externos, ligados a tener mejores consecuencias o un mayor éxito en las transiciones de la infancia a la adolescencia y de la adolescencia a la edad adulta.

De esta forma, en la Tabla 2, se hace referencia a algunos factores protectores, reportados en diversos estudios, que contribuyen a la adaptación positiva de niños y adolescentes ante la adversidad (Masten y Coatsworth, 1998; Masten, 2004; APA, 2007).

Tabla 2. Características de niños y adolescentes resilientes

Tener relaciones de apoyo y cuidado dentro o fuera de la familia

La forma en la que los jóvenes ven y se comprometen con el mundo

Presencia de estrategias de afrontamiento específicas

Aptitudes y características valoradas por la sociedad (talento, atractivo)

Capacidad de hacer planes realistas y de llevarlos a cabo

Habilidades cognitivas, de atención y solución de problemas

Capacidad para manejar emociones y regular la conducta

Cuidado eficaz de uno o ambos padres
Tener un auto-concepto positivo (de eficacia, seguridad, valía)
Sentido de vida; optimismo
Creencias y afiliaciones religiosas
Ventajas económicas
Asistir a un contexto escolar adecuado
Vivir en una comunidad eficaz (segura, con servicios de emergencia, centros de recreación)

Esta lista refleja los principales factores vinculados con la adaptación, que juegan un rol central en el desarrollo psicosocial (Masten, 2001; 2004). Algunos de los cuales, pueden localizarse en un momento específico en el desarrollo de las personas y otros pueden ubicarse en el contexto. Sin embargo, todos ellos se desarrollan y cambian a través del tiempo y por lo tanto, reflejan las interacciones dinámicas de los diferentes sistemas involucrados en el desarrollo.

A este respecto, de manera complementaria, Masten y Obradovic (2006) presentan una lista (Tabla 3) en la que se incluye los factores protectores señalados previamente, pero se encuentran agrupados en sistemas adaptativos más generales.

Tabla 3. Sistemas adaptativos involucrados en la literatura sobre resiliencia

Sistemas de aprendizaje del cerebro humano

- Solución de problemas, procesamiento de la información

Sistema de relaciones

- Relaciones estrechas con los cuidadores, amigos, parejas románticas, figuras espirituales

Sistema de dominio y motivación

- Procesos de auto-eficacia, sistemas de recompensa relacionados con la conducta exitosa

Sistemas de respuesta al estrés

- Sistemas de alarma y recuperación

Sistemas de auto-regulación

- Regulación emocional, funcionamiento ejecutivo, activación e inhibición de la atención o conducta

Sistema familiar

- Cuidado de los hijos, dinámicas interpersonales, expectativas, cohesión, rituales, normas

Sistema escolar

- Enseñanza, valores, normas, expectativas

Sistema del grupo de pares

- Amistades, grupo de pares, valores, normas

Sistema cultural y social

- Religión, tradiciones, rituales, valores, normas, leyes
-

A su vez, esta lista sugiere que hay sistemas fundamentales, pero comunes y ordinariamente adaptativos, que juegan un rol central en la resiliencia y, de manera más general, en el desarrollo humano. Cuando estos sistemas adaptativos están disponibles y funcionan de manera normal, la resiliencia es común. Las amenazas más devastadoras para el desarrollo de los niños y adolescentes, ocurren cuando estos sistemas se dañan, destruyen o desarrollan de manera anormal como resultado de la adversidad (Masten, 2001; 2004).

Modelos sobre resiliencia

En función de las diferentes definiciones sobre resiliencia, así como, de los factores de riesgo y protección asociados con este constructo, algunos autores (Fergus y Zimmerman, 2005; Garnezy, Masten y Tellegen, 1984; Luthar y Zigler, 1991) han propuesto que los estudios sobre resiliencia se basan en tres modelos estadísticos generales, dentro de los que se encuentran: (a) el modelo compensatorio (modelo aditivo simple); (b) el modelo desafiante (relación curvilínea entre el estrés y las respuestas de adaptación); y (c) el modelo de protección vs vulnerabilidad (interacción entre el estrés y los atributos personales).

Modelo compensatorio.

Este modelo es lineal, y su nombre se debe a que un mecanismo compensatorio neutraliza la exposición de una persona ante el riesgo; de tal forma que el mecanismo tiene un efecto directo en los resultados. El factor de riesgo o estrés, más un factor compensatorio, como la autoestima, se combinan para producir un resultado en las competencias. Dicho resultado es un indicador de resiliencia en el individuo. Dicho en otras palabras, este modelo es definido cuando un factor de protección contraactúa u opera en una dirección opuesta a un factor de riesgo.

Modelo desafiante.

Este modelo de resiliencia sugiere una relación curvilínea entre el estrés percibido y la adaptación, de tal forma que la experiencia de estrés puede aumentar, o bien, reducir la competencia en el individuo. Bajo este modelo, tener poco estrés es un desafío insuficiente, pero tener mucho estrés crea un sentimiento de desamparo en la persona, de esta forma, el estrés óptimo contribuye a la adaptación a través del proceso de desafío, el cual da por resultado la preparación para el próximo encuentro estresante.

Bajo este modelo, la exposición a bajos niveles y altos niveles de un factor de riesgo están asociados con resultados negativos, pero niveles moderados del riesgo están relacionados con menos resultados negativos (o positivos). Esto sugeriría que exponer al adolescente a niveles de riesgo moderados sería positivo para que pudiera aprender cómo afrontar los mismos y superarlos.

Modelo de Protección-Vulnerabilidad.

Este modelo refleja una “relación condicional entre el estrés y los atributos personales en lo que respecta a la adaptación, de tal forma que los atributos personales modulan (amortiguan o amplifican) el impacto del estrés visto como una variable” (Garmezy et al., 1984, p. 102). Este modelo “implica una relación interactiva entre el estrés y los atributos personales al predecir ajuste” (Luthar, 1991, p. 602). Bajo esta conceptualización sobre resiliencia, algunos atributos personales de los individuos son vistos como protectores, considerando que aquellas personas que tienen niveles altos del atributo específico están poco afectadas por el estrés, y aquellas que tienen niveles más bajos del atributo expresan menores competencias a pesar de tener niveles similares de estrés. En contraste, otros atributos personales de los individuos son vistos como indicadores de vulnerabilidad, por lo que, los individuos que tienen niveles altos de tales atributos, tienen resultados más pobres en respuesta a los estresores, que aquellos que tienen niveles bajos de estos atributos. Este modelo opera en una forma indirecta para influir en los resultados de la resiliencia, donde una cualidad o los recursos moderan los efectos de un riesgo sobre un resultado negativo. Es decir, los factores o procesos protectores, interactúan con los factores de riesgo para reducir la probabilidad de tener resultados adversos.

Estudios sobre resiliencia

Durante décadas, los investigadores de la salud mental habían dedicado sus energías al estudio de los patrones de la desadaptación e incompetencia. El énfasis se había situado en evaluar las características de los síntomas de diversos estados psicológicos, su etiología, tratamiento y resultados (Garmezy, 1988).

Sin embargo, en las últimas tres décadas, los estudios sobre la psicopatología del desarrollo se han centrado no sólo al estudio de los factores de predisposición o potenciales que puedan estar relacionados con el origen de los trastornos, a su vez, se han encargado del estudio de las competencias y de la resiliencia.

De esta forma, la investigación sobre resiliencia al estrés creció de la investigación de factores que predisponían a los individuos o los colocaban en riesgo para desarrollar psicopatología. De acuerdo con Compas (1987) el interés se ha centrado alrededor de las características estables de los niños o del ambiente que reducen los efectos potencialmente nocivos de los estresores crónicos.

Garmezy (1988) resumió cinco aproximaciones distintas al estudio de la resiliencia en niños, las cuales emplearon diferentes métodos y se centraron en diversos tipos de trastornos, pero todas ellas, fueron el pilar de las investigaciones posteriores sobre estrés y resiliencia:

1. Los estudios epidemiológicos conducidos por Rutter y colegas (Rutter, 1979; Rutter, Cox, Tupling, Berger, y Yule, 1975; Rutter, Yule et al., 1975) en la Isla de Wight y en las áreas sobrepobladas y pobres de Londres. Estos estudios reportaron seis variables en la familia relacionadas con la creciente incidencia de trastornos psiquiátricos en niños: (1) discordia marital, (2) estatus socioeconómico bajo, (3) vivir en familias grandes con hacinamiento, (4) criminalidad paterna, (5) trastornos psiquiátricos maternos (p.ej. esquizofrenia), y (6) el cuidado institucional del niño a cargo de la autoridad local.
2. Estudios en niños competentes de raza negra en barrios urbanos que han estado expuestos a estresores como la pobreza y el prejuicio (Garmezy, 1981). Los resultados de dichos estudios, produjeron un número de correlatos asociados con las características de los niños, las cuales sugirieron una triada de factores importantes: (1) atributos del temperamento de los niños (ser

amigables y sensibles a las relaciones con otros, menos hoscos e inquietos, tener un sentido positivo de sí mismos, un locus de control interno y la sensación de que son capaces de tener control sobre su ambiente); (2) cohesión y calidez familiar; y (3) figuras de apoyo en el ambiente y en las escuelas que pueden servir como modelos de identificación para el niño.

3. Un estudio longitudinal, que contempló del nacimiento a la edad adulta, de una cohorte de niños nacidos en la isla de Kauai en las Islas Hawaianas (Werner y Smith, 1982). De acuerdo con los resultados encontrados, se hizo evidente la presencia de la triada de factores reportada en estudios anteriores: (1) atributos de la personalidad de los niños (activos, socialmente responsables y autónomos); (2) el entorno familiar (cercanía y apoyo familiar); y (3) la presencia de apoyo externo de los pares, amigos, asesores y maestros.
4. Un estudio longitudinal del desarrollo de la “resiliencia del ego” en la infancia (Block y Block, 1980). En el cual se contempló que la resiliencia se basa en la genética y los factores que la constituyen, los cuales están vinculados con la forma en la que los niños responden a los cambios en el ambiente. Así mismo, de especial importancia es la naturaleza de la familia, considerando que los niños con ego resiliente tienen padres competentes (cohesión y calidez), en comparación con los niños de ego frágil quienes están expuestos a mayor discordia y conflicto familiar.
5. Estudios de niños que crecieron en la guerra (Fields, 1977, Zukerman-Bareli, 1982). Cuyos resultados indicaron que el factor principal de cómo los niños responden al estrés en situaciones de guerra está basado, en gran parte, en el comportamiento de sus padres, cuidadores y otros adultos que son importantes para ellos. Otros factores incluyen la edad, el nivel de educación, el género, y un sentido de identificación y satisfacción con su comunidad.

Los diversos estudios y líneas de investigación señalados, identificaron las características estables de niños resilientes y de sus ambientes, que los distinguen de otros que responden de forma desadaptativa ante situaciones similares de estrés.

A partir de estos estudios, un buen número de investigaciones subsecuentes sobre la salud mental en niños y adolescentes, se centraron en la identificación de los atributos personales, asociados con las manifestaciones de competencia, que funcionan como factores protectores ante

diversas condiciones de riesgo en estas poblaciones. A continuación se describen algunos de ellos.

En un estudio cuyo objetivo fue identificar factores que caracterizan la resiliencia en niños y adolescentes de diferentes nacionalidades, Tiet, Bird, Davies et al. (1998) formaron dos grupos de riesgo, considerando como jóvenes resilientes a aquellos que mostraban altos niveles de sucesos adversos y que estaban bien adaptados y libres de presentar desórdenes psiquiátricos. Los resultados indicaron que, en el grupo de riesgo bajo (pocos sucesos adversos) la adaptación positiva estuvo relacionada con la ausencia de psicopatología materna, vivir con ambos padres biológicos, tener salud física así como aspiraciones educativas. Mientras que en el grupo de alto riesgo, la resiliencia se predijo por tener monitoreo parental cercano de los padres o de otros adultos en la familia, un mejor funcionamiento familiar, tener mayores aspiraciones educativas (lo que les puede proveer un sentido de dirección y esperanza), así como un nivel alto de IQ, relacionado con una manera adecuada de afrontar los efectos dañinos de los sucesos de vida negativa.

Masten y Powell (2003) reportaron algunas similitudes con el estudio anterior, indicando que los jóvenes resilientes tienen más recursos, como tener relaciones adecuadas con algunos adultos bajo un rol parental cercano, un buen desarrollo cognoscitivo (IQ alto) y una autoestima positiva, en comparación con los jóvenes mal adaptados, quienes tienen pocos recursos familiares, baja autoestima y que están más inclinados a experimentar emociones negativas respondiendo inadecuadamente a los desafíos que se les presentan.

Por otra parte, Hess, Papas y Black (2002) realizaron un estudio longitudinal para examinar los factores de resiliencia relacionados con la paternidad positiva entre 181 madres adolescentes afroamericanas de bajos recursos. Los hallazgos demostraron que las características personales de las madres adolescentes, así como tener relaciones positivas de apoyo (balanceadas y autónomas) con sus propias madres, fueron factores resilientes que permitieron que las adolescentes tuvieran cuidados adecuados y se sintieran satisfechas con sus hijos. Las madres adolescentes que fueron más maduras, que tuvieron autoestima positiva y un mayor grado de escolaridad, reportaron sentirse más satisfechas con su rol maternal.

De manera similar, con el objetivo de determinar qué factores en el cuidado de los hijos de madres depresivas, los protegen de tener resultados negativos, Brennan, Le Brocque y Hammen (2003) llevaron a cabo un estudio longitudinal con niños y adolescentes australianos de clase socioeconómica baja; y describieron a los niños resilientes como aquellos que no mostraron evidencia de resultados negativos ante la depresión maternal. Como parte de los principales resultados se encontró que: (a) la ausencia de psicopatología paterna; (b) menor percepción de control parental y sobreprotección emocional; (c) mayor aceptación percibida de cualquiera de los padres, (d) mayor percepción de calidez por parte de la madre; y (e) menores críticas de los padres, estuvieron asociados con resultados resilientes en los hijos adolescentes de madres con una historia de depresión.

En función de las experiencias estresantes relacionadas con las dificultades económicas y con los cambios de las transiciones de vida de la infancia a la adolescencia y de la adolescencia a la edad adulta, Conger y Conger (2002) revisaron los resultados relacionados con los mecanismos de resiliencia en un estudio longitudinal, en familias rurales del norte de Estados Unidos. Los resultados demostraron que la resiliencia de los padres a la adversidad económica, fue promovida por tener apoyo marital, habilidades efectivas para la solución de problemas y un sentido de dominio. Mientras que la resiliencia de los jóvenes a las adversidades económicas y a las transiciones difíciles de la niñez a la adolescencia y de la adolescencia a la edad adulta, se promovió por el apoyo de los padres, hermanos y adultos externos a la familia, y a través de que los padres mostraran mayor involucramiento, así como menor enojo y hostilidad en el cuidado de sus hijos. Los jóvenes más resilientes experimentaron menos problemas emocionales y conductuales durante la adolescencia y demostraron mayor competencia como padres y como parejas románticas durante la edad adulta. Estos hallazgos sugieren que la adquisición de comunicación y las habilidades de solución de problemas durante la adolescencia promueven, a largo plazo, relaciones exitosas, así como bienestar emocional en su vida.

Con relación al estudio anterior, y al desajuste generado en los diferentes periodos de transición en el desarrollo, Obradovic, Burt y Masten (2006) realizaron un estudio longitudinal, empleando una aproximación centrada en las personas, para diferenciar los patrones del funcionamiento adaptativo de la infancia a la adolescencia y de la adolescencia a la edad adulta. Surgieron cinco grupos de trayectorias en la adaptación de la infancia a la edad adulta, que

oscilaron de tener una trayectoria muy deteriorada hasta una trayectoria consistentemente adecuada en el desarrollo. Los cambios más dramáticos en las trayectorias de la adaptación ocurrieron durante la transición a la edad adulta. En el grupo de trayectoria deteriorada, los jóvenes presentaron mayores desventajas en términos de riesgos y recursos en la infancia, como tener mayor adversidad en la familia, mala calidad parental, mayor porcentaje de padres solteros, puntajes más bajos de IQ, estatus socioeconómico bajo, así como tener una exposición a la adversidad en la comunidad significativamente más alta que los demás. Mientras que los jóvenes del grupo de trayectoria adecuada en el desarrollo, mostraron tener mayores competencias académicas, sociales y conductuales, así como más calidad parental y niveles altos de IQ. Este estudio muestra que el estar expuestos a riesgos y a la falta de recursos en la infancia, así como la subsecuente inhabilidad para planear y alcanzar las nuevas tareas a las que se enfrenta en la edad adulta, puede debilitar la adaptación a través del tiempo. Subrayando que el periodo de desarrollo que marca el surgimiento de los adultos jóvenes, puede ser una ventana tanto a la oportunidad como a la vulnerabilidad.

Por otra parte, con el propósito de identificar las fortalezas de jóvenes sin hogar que puedan servir como motivadores para la promoción de conductas saludables en este tipo de muestras vulnerables, Rew y Horner (2003) desarrollaron un estudio longitudinal de tipo cualitativo con adolescentes entre 15 y 19 años que viven en la calle y que acuden a un centro de servicio social y de cuidados para la salud en Texas. Los resultados reportaron dos tipos de fortalezas en estos jóvenes, tener recursos y un sentido de auto-cuidado. El tener recursos estuvo relacionado con: (1) poseer conocimientos sobre el ambiente en el que se desenvolvían (saber dónde encontrar u obtener recursos como comida, saber en quien confiar), (2) establecer una comunidad dentro de su grupo de iguales (jóvenes con experiencias de vida similares a las suyas), y (3) poseer motivadores internos para mejorar y superarse (establecer metas para el futuro). Con relación al tener auto-cuidado o auto-mejoría, se encontraron categorías vinculadas con: (1) realizar conductas saludables (eliminar el uso de alcohol, tabaco y otras drogas), (2) ganar madurez emocional (tener cuidado y respeto por sí mismos y por sus mascotas, lo cual les permitió fortalecer su identidad), y (3) dominar habilidades para el futuro (saber usar computadoras o prepararse para entrevistas de trabajo). De acuerdo con estas autoras, los datos de este estudio enfatizan que los aspectos negativos del ambiente de la calle pueden servir como un estímulo para construir y servirse de sus fortalezas personales.

En el ámbito de las adicciones y la resiliencia, a través de un estudio con padres usuarios de drogas y sus hijos (6 a 11 años) y bajo la hipótesis de que el afrontamiento adaptativo puede ser la razón de la resiliencia en los niños, Pilowsky, Zybert y Vlahov (2004) contrastaron y compararon las características de niños resilientes y no resilientes. Como parte de los principales hallazgos se encuentran: (1) el funcionamiento escolar de los niños resilientes fue superior; (2) los niños resilientes fueron menos propensos a utilizar estrategias de afrontamiento evitativas (internas y externas); (3) los padres de los niños resilientes reportaron menores niveles de estrés parental y describieron a sus hijos como niños de fácil trato; y (4) el apoyo social percibido, como lo reportan los padres, fue mayor entre los niños resilientes.

Así mismo, Werner y Johnson (2004) realizaron un estudio longitudinal mediante un seguimiento a treinta años de 55 hijos de padres alcohólicos en Kauai. Y sus resultados sugieren que a la edad de 31 años, el 51% de esos jóvenes tuvieron una adaptación satisfactoria, lo cual se debió en gran parte a las relaciones de apoyo de algunos miembros de la familia como la madre, los hermanos, los abuelos o los tíos, quienes les ayudaron a lograr un crecimiento personal adecuado, lo cual llevó a un incremento de la autoestima y autoeficacia de dichos individuos.

En España, también se han realizado estudios que evalúan la relación entre la resiliencia y el consumo de alcohol en jóvenes de 14 a 25 años (Becoña, Míguez, Vázquez, López y Lorenzo, 2006) los cuales han encontrado diferencias en el consumo o no de copas entre los jóvenes, señalando que los que no consumen son resilientes, además de que encontraron diferencias significativas entre los grupos de edades encontrando que la resiliencia se incrementa con la edad, no obstante sus resultados señalan que la relación entre resiliencia y los resultados no siempre es lineal.

En función de la relación entre la resiliencia y el suicidio, algunos estudios (Fergusson, Woodward y Horwood, 2000) plantean que aquellos que están deprimidos y que no cometen suicidio se caracterizan por tener factores protectores que incrementan su resiliencia hacia la conducta suicida. A este respecto, Everall, Altrows y Paulson (2006) realizaron un estudio cualitativo cuyo propósito fue contribuir al entendimiento de cómo los adolescentes se sobreponen del suicidio desde la perspectiva de 13 participantes canadienses del sexo femenino, entre 15 y 24 años, que intentaron suicidarse. En el abandono de la conducta suicida, se

identificaron cuatro dominios principales de resiliencia basados en la descripción de los relatos, la perspectiva de las participantes y una visión de la resiliencia como un proceso dinámico y multidimensional: (a) procesos sociales que involucran la relación e interacción con pares, padres y adultos fuera de la familia; (b) procesos emocionales que involucraban la conciencia y expresión de sentimientos; (c) procesos cognoscitivos que conllevaron un cambio en la perspectiva y reconocimiento de control personal; y (d) acción propositiva y dirigida a metas por la que las participantes experimentaban conductas nuevas, ejercitaban independencia y creaban un futuro más prometedor así como una identidad positiva de sí mismas. Los resultados de este estudio sugieren que la resiliencia es un proceso dinámico que involucra interacciones recíprocas entre los individuos y su ambiente. Al centrarse en los factores externos e internos, así como en la búsqueda de oportunidades que se les presentaban, las participantes formaron sus ambientes y circunstancias de forma que las condujeron al abandono de la conducta suicida. A través de los resultados de este estudio, fue evidente que los factores resilientes están inmersos en un proceso multidimensional mayor y necesitan entenderse dentro del contexto de dicho proceso. Las participantes mostraron un deseo por trabajar con sus emociones lo cual estuvo relacionado con un incremento en el sentido de pertenencia y control sobre las circunstancias de sus vidas.

Mediante los diferentes estudios sobre resiliencia, y a pesar del creciente número de críticas dirigidas a la investigación sobre este constructo y a la variación en sus definiciones, medidas, situaciones y culturas estudiadas, los hallazgos continúan mostrando mucha consistencia con relación a las características personales y del contexto que contribuyen a su formación. Es así como, los atributos repetidos de los individuos, las relaciones que establecen con otros, así como las características del ambiente, surgen como predictores de resiliencia a través de diversas situaciones (Masten y Obradovic, 2006).

Operacionalizando la investigación en resiliencia

La resiliencia vista como un resultado o como un proceso.

Con relación a la interrogante sobre cómo abordar el estudio empírico de la resiliencia, Luthar (comunicación personal, 23 de julio, 2008) señala que al ser resiliencia un constructo que implica dos dimensiones distintas, adversidades significativas y adaptación positiva, ésta se refiere a todas aquellas respuestas “positivas” que difieren de las consecuencias negativas esperadas, por

lo tanto, y de acuerdo con esta autora, no puede medirse de manera directa pero se puede inferir indirectamente basándose en la evidencia de las dos dimensiones implícitas.

Así mismo, es importante determinar si el análisis de la resiliencia será considerado como un *resultado* o bien como un *proceso*, ya que de eso dependerá, en gran medida, si la aproximación al estudio de este constructo estará centrado en las variables de las personas o en las variables del contexto (Masten y Obradovic, 2006; Coleman y Hagell, 2007).

La evidencia de que muchos niños prosperaron a pesar de su estado de alto riesgo, condujo a un incremento en los esfuerzos empíricos para entender las variaciones individuales en respuesta a la adversidad (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000). Es así como al evaluar la resiliencia considerando los resultados, se deberá poner énfasis en las características de los individuos (como la autoestima, buena salud mental y competencias sociales) que contribuyen a que exista un funcionamiento eficaz en su respuesta al riesgo. Desde este punto de vista, una persona puede estar mostrando un grado de estrés como resultado de experiencias negativas, pero también puede estar mostrando resiliencia como resultado de manejar adecuadamente las distintas tareas y demandas de la etapa del desarrollo en la que se encuentre.

Masten y Obradovic (2006) proponen que a través del estudio de los resultados o del trabajo centrado en las personas, las investigaciones clásicas sobre resiliencia (Werner y Smith, 1982) primero identifican una muestra grande en riesgo y luego comparan un subgrupo de individuos que presentan buenos resultados, en múltiples criterios de adaptación positiva, con otro subgrupo en la muestra que comparte niveles similares de riesgo alto, pero que muestran un desempeño pobre de diversas formas. Esta aproximación se ha extendido a incluir casos de individuos en riesgo bajo que tienen un desempeño bueno (competencia + niveles bajos de riesgo o adversidad), junto con los casos de individuos resilientes (competentes + niveles altos de riesgo), y casos de individuos mal adaptados o con déficit en las competencias y en riesgo alto (pocas competencias + riesgo alto). Las comparaciones de esta naturaleza por lo general han encontrado muchas similitudes en los grupos competentes, a pesar de la divergente exposición a la adversidad, y diferencias sorprendentes entre el grupo de resilientes y de los individuos mal adaptados, a pesar de compartir la exposición al riesgo o adversidad (Masten, Hubbard, Gest et al., 1999)

Por otra parte, los modelos y análisis de la resiliencia centrados en el estudio de las variables, se han empleado para: (1) probar hipótesis acerca de la naturaleza multidimensional de la adaptación a través del tiempo, (2) saber cómo los aspectos positivos del ajuste se relacionan con los problemas y los síntomas a lo largo del tiempo, y (3) conocer los efectos acumulativos de riesgos que co-varían. Los hallazgos multivariados se refieren al rol potencial de la combinación de predictores, mediadores y moderadores de buenos resultados en el contexto de riesgo (Masten y Obradovic, 2006).

Bajo esta perspectiva, las conductas adaptativas y desadaptativas son continuas y tienden a cambiar en el tiempo. Por lo que se está más interesado en los mecanismos que actúan para modificar el impacto del riesgo. De esta forma, la investigación en resiliencia centrada en las variables, implica dos procesos importantes, identificar factores de riesgo y detectar factores de protección, que puedan modificar los efectos negativos de las circunstancias de vida adversas, pudiendo con ello conocer los mecanismos o procesos que puedan estar detrás de las asociaciones encontradas (Rutter, 1988; Masten, 2001; Luthar 2003).

La resiliencia como un resultado: evaluación de competencias en el contexto del desarrollo.

La resiliencia es un constructo muy amplio, que cubre muchos conceptos relacionados con patrones positivos de adaptación en el contexto de la adversidad.

De acuerdo con la propuesta de Luthar (comunicación personal, 23 de julio, 2008) la resiliencia es inferencial por excelencia, por lo que al juzgar la presencia de los diversos patrones de este constructo en un individuo, se requiere de un criterio para identificar si el sujeto está haciendo lo que se supone que debe hacer (de acuerdo con la etapa del desarrollo en la que se encuentre), y si hay o ha habido una amenaza potencial a dicho individuo.

En este estudio, se reconoce que a pesar de que una variedad de eventos o sucesos estresantes pueden tener influencias negativas en la adaptación de los adolescentes, también puede existir una diversidad de resultados que reflejen resiliencia en esta población.

Bajo esta perspectiva, las características de la adaptación estudiadas por los investigadores en resiliencia consideran los rasgos individuales de los jóvenes, donde uno de los principales criterios de evaluación es el de las competencias.

A este respecto, es menester señalar que, de acuerdo con Masten y Powell (2003), el estudio de las competencias tiene sus raíces en la investigación sobre los orígenes y naturaleza de la esquizofrenia, donde autores como Garmezy se interesaron en estudiar a los niños en riesgo de psicopatología, una búsqueda que eventualmente condujo a la realización de estudios sobre competencia, adversidad y resiliencia. De esta forma, Garmezy junto con sus alumnos, dentro de los que se encontraba Masten, se centraron en el estudio de competencias en niños en riesgo debido a las enfermedades mentales de los padres y otros factores de adversidad como la pobreza y las experiencias de vida estresantes; lo cual los llevó a la realización de un proyecto (Proyecto de Competencias) que se enfocó en: (1) evaluar los criterios de riesgo sobre la adaptación positiva y (2) evaluar las competencias sobresalientes en las tareas del desarrollo de los niños en riesgo (lo que dio lugar al origen del estudio sobre resiliencia).

Desde el marco de referencia de la psicopatología del desarrollo, Masten, Burt y Coatsworth (2006, pág. 704) definen a las competencias como “Una familia de constructos relacionados con la capacidad o motivación para, un proceso de, o resultados de adaptación efectiva en el ambiente, con frecuencia inferidos de una trayectoria récord de eficacia en las tareas del desarrollo de acuerdo con la edad y siempre ligada al contexto cultural, histórico y del desarrollo”.

A través de esta definición, y para estos autores, la competencia es esencialmente multidimensional, contextual y dinámica. Sugiriendo la necesidad de contar con criterios a través de los cuales se juzgue el éxito de los estándares esperados para la conducta relacionados con el funcionamiento adaptativo en la sociedad, sugiriendo que los criterios apropiados para la competencia se refieren al desempeño adecuado en las tareas del desarrollo propias de la edad. Así mismo, se asume que las expectativas para el comportamiento individual cambian con el desarrollo, a través del tiempo y que pueden variar a través de las culturas. Las competencias, según esta definición, están influenciadas por diversos procesos en curso dentro del organismo, o entre el organismo y el ambiente, por lo que también pueden alterarse a través de algún daño en

alguno de estos elementos (el organismo o en las transacciones con el ambiente), como tener experiencias de vida traumáticas, y otros procesos que afecten la capacidad de adaptación y de logro en dominios relevantes para el desarrollo.

A continuación se mencionarán algunas de las variables relacionadas con el estudio de la adaptación y competencias, que se considerarán en esta investigación sobre resiliencia.

Tareas del Desarrollo.

Se ha definido operacionalmente a la resiliencia en términos de la adaptación exitosa a un ambiente adverso, basada en tareas del desarrollo sobresalientes (Masten y Powell, 2003; Masten, y Obradovic, 2006); con base en la idea de que los criterios apropiados para determinar las competencias, se refieren al desempeño adecuado en las tareas características de la edad.

A este respecto, algunos estudios que pusieron a prueba empírica la teoría de las tareas del desarrollo (Masten y Obradovic, 2006; Roisman, Masten, Coatsworth y Tellegen, 2004) han señalado algunas conclusiones dentro de las que se encuentran las siguientes:

1. La adaptación es multidimensional por naturaleza.
2. El éxito en las tareas sobresalientes en periodos particulares del desarrollo, pronostican éxito en futuras tareas, aún en nuevos dominios.
3. Las competencias y los síntomas de malestar están relacionados dentro y a través del tiempo por múltiples razones, las cuales incluyen: (a) los síntomas debilitan las competencias; (b) los fracasos (o percepción de fracasos) en las competencias incrementan los síntomas; (c) la presencia de una causa común que contribuya tanto a los problemas de competencia como a los síntomas; y (d) las combinaciones transaccionales o secuenciales de estas razones.
4. El éxito o fracaso en múltiples dominios de las tareas del desarrollo pueden tener consecuencias en cascada que conducen a problemas de adaptación en otros dominios, tanto internos como externos.
5. Las intervenciones para promover el éxito en estas tareas tienen efectos preventivos en problemas emocionales y de conducta.

En el capítulo 1 se describieron con mayor detalle las tareas del desarrollo propias de la adolescencia. De acuerdo con lo cual se señaló que en esta etapa, los individuos se confrontan no sólo con cambios dramáticos en los contornos de su cuerpo, sino también con una serie de tareas complejas e interrelacionadas.

Dentro de las tareas que se espera que cada joven desempeñe de manera adecuada en esta etapa, se encuentran (Archer, 2005; Masten et al., 2006; Seiffge-Krenke, 1993):

- a) tener autonomía y mantener una buena relación con los padres,
- b) establecer relaciones de pareja,
- c) desarrollar una identidad ocupacional ,
- d) la formación de la identidad y la madurez del ego,
- e) atender y comportarse adecuadamente en la escuela,
- f) terminar el nivel de secundaria,
- g) llevarse bien con sus compañeros,
- h) hacer y mantener amistades cercanas,
- i) obedecer las leyes de la sociedad.

En función de los objetivos de este estudio, algunas de las tareas del desarrollo que se evaluarán, están relacionadas con el hecho de que los jóvenes muestren: vínculos emocionales adecuados con otras personas; relaciones interpersonales adecuadas (hacer y mantener amistades cercanas); tener logros y éxito en lo que hacen; tener aspiraciones académicas y participación en diferentes actividades escolares; así como tener planes a futuro.

Características de la personalidad

Dentro de las características de personalidad que se han encontrado en los jóvenes resilientes, han sido evidentes la ausencia de psicopatología (Pilowsky, Zyberty y Vlaho, 2004), el humor, la empatía, la flexibilidad y el tener temperamento de fácil trato, lo cual tiende a incrementar la sociabilidad de los niños y adolescentes (Rutter, 1988).

Dichos rasgos han indicado que, de manera general, los jóvenes que funcionan bien a pesar de presentar un alto grado de adversidad, tienen niveles más altos de autoestima y competencias

sociales, vinculadas con la habilidad para establecer relaciones interpersonales, en comparación de aquellos adolescentes con problemas de adaptación (Luthar, 1991).

De acuerdo con esto, algunos estudios señalan que las adolescentes resilientes al suicidio muestran un incremento en el control de impulsos, la auto-eficacia y la autoestima, lo cual les proporciona la confianza de sentirse capaces de manejar cualquier cambio en sus vidas (Everall, Altrows y Paulson, 2006). Así mismo, Hess, Papas y Black (2002) demostraron que las madres adolescentes con características resilientes, fueron más maduras y tuvieron autoestima positiva, reportando sentirse más satisfechas con su rol maternal.

En referencia a las competencias sociales y a la facilidad para hacer y mantener amistades fuera de la familia, otro factor comúnmente encontrado entre los adolescentes resilientes, Rew y Horner (2003) reportaron que la mayoría de los adolescentes que viven en las calles, manifestaron tener vínculos emocionales fuertes con otros jóvenes con experiencias de vida similares a las suyas, lo que les permitió tener un mayor grado de seguridad y pertenencia, el cual estuvo relacionado con su habilidad para superar las diversas dificultades que habían vivido.

De esta forma, establecer relaciones de confianza y de apoyo, con al menos una persona significativa (como compañeros o adultos fuera del núcleo familiar), tiene un papel central en el proceso de superar las adversidades.

De acuerdo con lo anterior, como parte de los atributos de personalidad que se reconocerán en los jóvenes con características resilientes en este estudio, se encuentran: la ausencia de psicopatología, tener autoconfianza y una adecuada percepción de sí mismos; ser extrovertidos; así como mostrar control de impulsos.

Afrontamiento.

Bajo la perspectiva del estudio de la resiliencia centrada en la persona, una de las características individuales vinculadas con el éxito en la adaptación, es la forma en la que los jóvenes abordan y resuelven las adversidades que les acontecen.

A este respecto, Rutter (1988) señaló que existen ciertos eventos estresantes que son inevitables, por lo que una de las tareas del desarrollo es aprender a manejarlos o resolverlos de manera exitosa cuando se presenten.

A su vez, Kagan (1988) propuso que las reacciones biológicas y psicológicas de los organismos ante un evento estresante dependen de su preparación, es decir, de la etapa del desarrollo en la que se encuentren. De esta forma, el afrontamiento, como un constructo, se refiere a una clase especial de reacciones individuales a los estresores, que resuelven, reducen o reemplazan el estado afectado, evaluado como estresante.

Así mismo, Compas (1987; 1998) señaló que una característica del desarrollo humano es la que involucra al afrontamiento con el estrés psicosocial dado que, desde la infancia, los individuos se enfrentan con una serie de situaciones potencialmente amenazadoras y demandantes que requieren de acción y adaptación. Por lo que los recursos con los que dispongan los individuos para afrontar el estrés, y la manera en la que lo afrontan, son factores importantes que influyen en los patrones de crecimiento y desarrollo positivo. De acuerdo con este autor, los resultados de las respuestas de afrontamiento durante la infancia, adolescencia y edad adulta, proveen información acerca de la relación del individuo con su ambiente en estas etapas del desarrollo.

De esta forma, al considerar que las reacciones de las personas constantemente cambian, en función de las variaciones de sus encuentros con el ambiente, muchos de los cambios que surgen son el resultado de los procesos de afrontamiento, cuya función es alterar la relación problemática entre la persona y su ambiente, o bien, mantener una relación deseable (Lazarus, 1991).

Es así como, afrontar una adversidad incluye numerosas formas de manejar las transacciones entre la persona y su ambiente, por lo que el afrontamiento no representa un concepto homogéneo; y puede describirse en términos de estrategias, tácticas, respuestas, cogniciones o conducta. Así mismo, es un fenómeno que puede notarse ya sea por introspección o por observación e incluye eventos internos así como acciones abiertas (Lazarus, 1991; Schwarzer y Schwarzer, 1996).

En función de lo anterior, el surgimiento de la habilidad para adaptarse al estrés y a la adversidad es una faceta central del desarrollo humano, con relación a lo cual la adaptación exitosa al estrés incluye las formas en las que el individuo maneja sus emociones, piensa constructivamente, regula y dirige su conducta, controla su reacción automática y actúa sobre los ambientes sociales y no sociales, para alterar o disminuir las fuentes de estrés (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen et al., 2001). Así mismo, se ha hecho evidente el marco de referencia situacional, según el cual es importante considerar los factores del ambiente, de la persona, las condiciones transitorias de vida, y las estrategias de afrontamiento, en relación con la salud y el bienestar de los adolescentes (Moos, 2005).

Modelos de afrontamiento.

A continuación se hará una breve revisión de los principales modelos de afrontamiento que abordan la definición y el estudio de este constructo. Considerando que, a pesar de ser uno de más investigados en función de la adaptación de los individuos ante la adversidad, aún en la actualidad no existe un consenso global sobre su definición, componentes y abordaje empírico.

En este sentido, algunos autores interpretan el afrontamiento a partir de las demandas situacionales, mientras otros se centran en la influencia de las prácticas y preferencias culturales, así como en las estrategias cognoscitivas, y algunos más, lo identifican con algunas características de la personalidad de los individuos. De esta forma, es importante señalar que no se dispone de una definición universalmente aceptada sobre el afrontamiento, lo cual interfiere en su conceptualización y estudio.

Uno de los modelos más citados y empleados por diversos investigadores, es el modelo transaccional del afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, 1991) cuyo propósito es definir conceptos y relaciones entre conceptos, incluyendo los procesos cognoscitivos y las emociones, de tal forma que los científicos puedan explicar y predecir las diferencias individuales en la adaptación.

El concepto de afrontamiento, bajo este modelo, se define como “los esfuerzos cognoscitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas

específicas externas y/o internas, así como los conflictos entre ellas, que son evaluadas como extenuantes o que exceden los recursos de las personas” (Lazarus y Folkman, 1984 p.141).

Además de lo que Lazarus y Folkman propusieron al inicio con esta definición, Lazarus (1991) más tarde la replanteó haciendo énfasis en el aspecto emocional, de acuerdo con lo cual se considera que el afrontamiento influye, directa e indirectamente, en las evaluaciones posteriores y es, por lo tanto, un antecedente causal de las emociones subsecuentes. Proponiendo a su vez, que el afrontamiento puede afectar el proceso emocional de dos formas o bajo dos estilos: (1) afrontamiento enfocado al problema, que se refiere a las formas de afrontamiento centradas en la acción (incluye estrategias de solución de problemas o de cambio en la relación estresante entre el individuo y el ambiente); y (2) afrontamiento enfocado a las emociones o estrategias de afrontamiento cognoscitivas, que supone principalmente la forma de pensar en lugar de actuar para cambiar la relación entre la persona y el ambiente.

Bajo este modelo, se plantea que los estilos de afrontamiento no necesariamente implican la presencia de rasgos de personalidad subyacentes que predisponen a la persona a responder de una forma en particular, en lugar de eso, reflejan la tendencia de responder de una determinada manera cuando se enfrentan a una serie de circunstancias en específico.

Es así como, el manejo del estrés incluye aceptar, tolerar, evitar, o minimizar el estresor, así como tener dominio del ambiente. De manera que el afrontamiento no se limita a los esfuerzos exitosos, incluye todos los intentos propositivos por manejar el estrés sea cual sea la eficacia; valiéndose del conjunto de recursos físicos, psicológicos y sociales que un individuo dispone para hacer frente a las demandas adaptativas del medio (Lazarus y Folkman, 1991).

Algunos puntos centrales del concepto de afrontamiento de acuerdo con este modelo son (Compas, Connor-Smith et al., 2001; Galán y Perona; 2001; Rew, 2005; Zanini, Forns y Kirchner, 2005):

- a. Es visto como un proceso dinámico, que cambia en respuesta de las demandas de un encuentro o evento estresante, donde su naturaleza puede variar a través del tiempo y entre las personas, de ahí que no deba ser considerado como un rasgo.

- b. Es entendido como un proceso situacional, como un conjunto de respuestas cognoscitivas y conductuales dadas a situaciones estresantes específicas.
- c. Es un proceso multidimensional, en cuanto a que las personas tienden a utilizar una gran variedad de estrategias.
- d. Se define por las respuestas propositivas, las cuales están dirigidas a resolver la relación estresante entre la persona y el ambiente (afrentamiento dirigido al problema) o hacia contrarrestar las emociones negativas que surgen como resultado del estrés (afrentamiento dirigido a la emoción).
- e. Está influenciado por las creencias y recursos de las personas, así como por las limitaciones del ambiente.

Las conductas que se agrupan bajo el modelo de Lazarus y Folkman son muy diversas, lo que ha dado pie a una multitud de definiciones, abordajes empíricos, así como cuestionarios de evaluación que se basan en este modelo. A continuación, con fines meramente informativos, se describen de manera breve algunos de ellos.

Uno de los principales autores que se ha basado en el modelo transaccional es Compas (1987; 1998), quien considera que el afrontamiento incluye todas las respuestas a eventos o episodios estresantes. De acuerdo con lo cual, es esencial reconocer que el afrontamiento es un subgrupo de un dominio mayor de las formas en las que los individuos responden al estrés. Esto incluye tanto las respuestas voluntarias generadas por el individuo, que representan el afrontamiento, así como las respuestas involuntarias, que están estrechamente relacionadas pero que no son parte del proceso de afrontamiento. De esta forma, las respuestas involuntarias incluyen aquellas que están basadas en las diferencias individuales como el temperamento, y aquellas que son aprendidas como resultado de la práctica repetida, y que ya no requieren control consciente y voluntario.

A este respecto, Connor-Smith, Compas, Wadsworth, Thomsen et al. (2000) señalan que dado que las respuestas al estrés incluyen reacciones involuntarias e intentos voluntarios para enfrentarlo, el análisis de la regulación emocional es importante en el entendimiento del afrontamiento enfocado a las emociones y al ajuste.

De manera más puntual, Compas et al. (2001, p. 89) definen al afrontamiento como “los esfuerzos conscientes y voluntarios para regular la emoción, cognición, conducta, fisiología y el ambiente, en respuesta a las circunstancias o eventos estresantes”.

Al considerar entonces esta definición de afrontamiento, se propuso una distinción entre los recursos, estilos y estrategias de afrontamiento. Donde los recursos de afrontamiento incluyen aquellos aspectos del individuo (habilidades de solución de problemas, habilidades interpersonales, autoestima positiva) y del ambiente social (la disponibilidad de una red de apoyo social) que facilitan o hacen posible la adaptación exitosa al estrés. Por lo que respecta a los estilos de afrontamiento, se definen como los métodos que caracterizan las reacciones del individuo ante el estrés, a lo largo del tiempo o a través de las situaciones. Finalmente, las estrategias de afrontamiento se refieren a las acciones cognoscitivas o conductuales realizadas en el curso de un episodio estresante en particular, las cuales pueden variar a través del tiempo y del contexto dependiendo de la naturaleza del encuentro estresante (Compas, 1987).

Otro de los principales estudiosos del afrontamiento es Moss (1986) quien ha realizado diversas aportaciones en este campo. En un inicio, bajo el marco conceptual de las transiciones de vida y en función del modelo de Lazarus, Moos y Schaefer (1986) plantearon que existe un conjunto de estrategias de afrontamiento que se emplean para resolver las tareas adaptativas en cada etapa de la vida; y que a su vez, estas estrategias pueden usarse individualmente, consecutivamente, o en distintas combinaciones. Puntualizando en el hecho de que, las estrategias de afrontamiento específicas no son intrínsecamente adaptativas o desadaptativas; por lo que aquellas que son eficaces en una situación pueden no serlo en otra. Además, señalaron que los factores que influyen en la evaluación de un evento, en la naturaleza de tareas específicas, y en la elección y evolución de las estrategias de afrontamiento, dependen de: (1) factores demográficos y personales; (2) factores relacionados con el suceso; y (3) factores relacionados con las características del ambiente social y físico.

De esta forma, sugirieron que las habilidades de afrontamiento pueden organizarse en tres dominios de acuerdo con su principal eje de atención: (a) afrontamiento enfocado a la evaluación, que supone los intentos por entender y encontrar un patrón de significado en una crisis; (b) afrontamiento enfocado al problema, que busca confrontar la realidad de una crisis y sus secuelas

al ocuparse de las consecuencias tangibles tratando de construir una situación más satisfactoria; y (c) afrontamiento enfocado a la emoción, que busca manejar los sentimientos provocados por una crisis y mantener equilibrio afectivo.

A su vez, y en función de los dominios señalados, Moos categorizó las respuestas de afrontamiento en 8 estrategias, de acuerdo con las cuales desarrolló un instrumento para evaluar las estrategias empleadas por los adolescentes al enfrentar los diversos problemas que se les presentan en un momento dado de su vida (CRI-Y, Moos, 1993).

Más recientemente, y en respuesta al surgimiento de una orientación de sistemas y un enfoque centrado en el contexto social del desarrollo humano, para promover nuevos indicios respecto a las transacciones persona-ambiente y el diseño de programas de intervención más eficaces, Moos (2005) propuso un modelo conceptual que puede guiar la búsqueda de nuevos conocimientos respecto al contexto, al afrontamiento y la adaptación, sobre un marco integral que incluye los factores del ambiente y de la socialización relacionados con la salud y el bienestar de los adolescentes.

Este modelo consiste en cinco paneles. El primero, contiene el *sistema ambiental* y representa el clima social que incluye tanto los estresores diarios, como los recursos sociales. El segundo panel, se compone del *sistema personal*, que incluye las características biológicas y genéticas del individuo. El tercer panel, incluye las *condiciones transitorias de vida*, como los sucesos de vida. El cuarto panel, lo constituyen las evaluaciones cognoscitivas y las habilidades de afrontamiento del sujeto, las cuales se modelan a través de las relaciones con el sistema ambiental (Panel I), el sistema personal (Panel II) y las condiciones transitorias (Panel III). Y finalmente, los resultados de las interrelaciones entre estos cuatro paneles en el modelo, configura el quinto panel, el de *salud y bienestar*.

Bajo este modelo, el bienestar de los adolescentes refleja información de cada uno de los componentes que lo constituyen. De acuerdo con este autor, para entender la adaptación psicosocial de los adolescentes, es necesario considerar el clima familiar, los recursos sociales en diversos dominios, así como las respuestas de afrontamiento de aproximación y evitación al problema. Las rutas del modelo muestran que los procesos son transaccionales, que la retroalimentación mutua puede ocurrir en cada paso, y que las personas seleccionan y dan forma

a los contextos sociales que influyen sobre ellas. De esta forma, los factores personales y contextuales actúan en conjunto con las habilidades de afrontamiento para influir sobre el funcionamiento y la maduración psicosocial (Moos, 2005).

Por otro lado, basada también en el modelo de Lazarus pero con una visión más centrada en el proceso del afrontamiento en el desarrollo, se encuentra la perspectiva de Seiffge-Krenke (1993) quien, a través del Cuestionario de Afrontamiento Situacional (CASQ), propuso una estructura de tres dimensiones representando tres estrategias principales de afrontamiento empleadas por los adolescentes: (1) *Afrontamiento Activo*, que se refiere a la conducta manifiesta mediante el uso de recursos sociales; (2) *Afrontamiento Interno*, relacionado con respuestas predominantemente cognoscitivas como: analizo el problema y pienso en varias soluciones posibles; y (3) *Afrontamiento Evitativo*, vinculado con respuestas encaminadas a evitar el estímulo como: me alejo o retiro porque soy incapaz de cambiar la situación.

De acuerdo con esta autora, estas estrategias de afrontamiento, a su vez, se dividen en dos estilos de afrontamiento: afrontamiento funcional y afrontamiento disfuncional.

El afrontamiento funcional, que incluye al afrontamiento activo y al interno, contempla actividades como la búsqueda de información y el pedir consejo, o enfatiza la evaluación que los adolescentes hacen de la situación. Por lo que se refiere a los esfuerzos para manejar el problema ya sea por la búsqueda activa de apoyo, al realizar acciones concretas, o reflexionar sobre las posibles soluciones.

Por lo que respecta al afrontamiento disfuncional, representado por la evitación o retiro, éste incluye defensas como la negación o la represión, suponiendo una actitud fatalista que finalmente conduce a la evitación. Sin embargo, ante ciertos eventos que rebasan los recursos de los jóvenes, éste tipo de afrontamiento puede ser una reacción significativa, pero supone que el problema no se resuelve en ese momento en particular.

Por otra parte, se encuentran autores como Frydenberg y Lewis (1993; 2009) quienes en la investigación en el campo del afrontamiento, han identificado características que hacen que los jóvenes manejen adecuadamente el estrés. Las cuales incluyen el temperamento, optimismo, control personal percibido, factores familiares (cohesión de los padres), flexibilidad, y tener

apoyo social. Estos autores elaboraron la Escala de Afrontamiento Adolescentes (ACS, por sus siglas en inglés) para investigar la relación entre el afrontamiento y las características asociadas con el bienestar de las personas como el auto-concepto, auto-eficacia y los logros.

Según lo que Frydenberg (2008) retoma del modelo de Lazarus, para esta autora el afrontamiento se refiere a los esfuerzos cognitivos y conductuales empleados por los individuos para manejar las demandas de una relación persona-ambiente. Donde el acceso de los individuos a los recursos disponibles (estilos y estrategias), influye en el proceso de afrontamiento. De esta forma, las estrategias pueden variar a través del tiempo y del contexto, e incluyen aspectos de la persona así como del ambiente social. Mientras que los estilos caracterizan las reacciones de los individuos al estrés y reflejan parcialmente las formas de afrontamiento preferidas por los individuos porque son consistentes con sus valores, creencias y metas personales.

Con relación a otro de los modelos de afrontamiento, que se desliga un poco del de Lazarus y Folkman, se encuentra el de la Conservación de los Recursos (COR por sus siglas en inglés, Hobfoll y Schumm, 2002) el cual se desarrolló con base a que se ha puesto mucho énfasis en el individuo y se ha ignorado la influencia del ambiente. Su propósito es describir cómo los recursos de los individuos y la comunidad pueden usarse para promover la salud y las conductas saludables que contribuyen con la salud pública.

Este modelo hace énfasis en el aspecto activo del afrontamiento, centrándose en prevenir la pérdida de los recursos, manteniendo recursos disponibles y obteniendo aquellos que se necesitan para involucrarse en un estilo de vida saludable. Los recursos se conceptualizan como objetos, características personales, condiciones o energías de los individuos. Los cuales pueden estar interrelacionados, es decir, que el cambio en uno puede afectar otros recursos.

De acuerdo con este modelo, cuando una persona percibe una amenaza o pérdida de recursos del ambiente, puede experimentar malestar psicológico, el cual puede interferir con su habilidad para afrontar retos en el futuro. Bajo este enfoque, las personas son vistas dentro del contexto social, es decir, se considera que éstas se comportan de manera que protegen y preservan su integridad, así como los vínculos que establecen con el contexto.

Reflexiones sobre el afrontamiento en la adolescencia.

Al considerar la existencia de diversos estresores en la vida de los adolescentes, la manera en la que los jóvenes se enfrentan a estos eventos, así como su adaptación subsecuente, adquiere gran importancia con relación a la salud mental en esta población (Seiffge-Krenke, 2002).

Los estudios de afrontamiento en niños y adolescentes sugieren que, tanto el afrontamiento enfocado al problema como a la emoción, son importantes en la adaptación exitosa al estrés. Sin embargo, no se ha determinado cuáles estrategias son más efectivas para afrontar los diversos estresores, ni se ha encontrado un patrón consistente en las estrategias de afrontamiento durante el desarrollo (Kirchner, Forns y Mohino, 2007; Zanini, Forns y Kirchner, 2005).

Aunque es muy probable que el afrontamiento efectivo se caracterice por la flexibilidad y el cambio, así como por el empleo de estrategias de aproximación al problema ya que según lo que diversos estudios han encontrado (Kirchner, Forns y Mohino, 2007) los jóvenes que se encuentran en alto riesgo de presentar conducta autolesiva se caracterizan por utilizar más estrategias de afrontamiento evitativo y menos estrategias de aproximación al problema, lo cual está relacionado con un mayor desajuste emocional y psicológico en esta población.

Estudios más recientes (Kirchner, Forns, Amador y Muñoz, 2010) han analizado la estabilidad temporal y la consistencia situacional del afrontamiento considerando el sexo, la edad, el tipo de estresor; así como los factores disposicionales y contextuales en la predicción del afrontamiento futuro en adolescentes catalanes. Los resultados indicaron una buena estabilidad temporal a nivel de grupo, pero con importantes variaciones a nivel individual; así mismo, se encontraron diferencias de acuerdo al sexo donde las chicas mostraron una estabilidad ligeramente mayor que los chicos; además de que en ellas el afrontamiento de tipo evitativo tuvo tanto estabilidad como consistencia, mientras que el de aproximación presentó más estabilidad que consistencia. Entre los chicos el afrontamiento de evitación denotó más estabilidad que consistencia y el de aproximación baja estabilidad y baja consistencia. Otro resultado importante fue el hecho de que para las mujeres, las respuestas de afrontamiento usadas en el pasado, en especial las de evitación, tuvieron un mayor poder predictivo sobre su empleo en el futuro, mientras que en los hombres esta capacidad predictiva fue inferior.

De acuerdo con lo anterior, y considerando que las nuevas demandas requieren diferentes formas de afrontamiento, y por lo tanto, ninguna estrategia por sí sola es efectiva para todos los tipos de estrés (Compas, 1987), en este estudio se considerará que las estrategias de afrontamiento funcionales serán aquellas que les permitan a los jóvenes mostrar patrones de adaptación positiva ante los diversos sucesos de vida negativos a los que se enfrentan.

Competencia, resiliencia y afrontamiento.

En función de la información que se ha presentado hasta ahora sobre las competencias, la resiliencia y el afrontamiento, resulta conveniente y necesario hacer una distinción entre estos conceptos. De acuerdo con lo cual, Compas et al. (2001) señalaron que la principal diferencia consiste en que, el afrontamiento se refiere a los procesos vinculados con las demandas del ambiente y la adaptación; mientras que las competencias se refieren a las características y a los recursos que se necesitan para tener una adaptación exitosa; y la resiliencia, por su parte, se refleja en los resultados a través de los cuales se evalúa que las competencias y el afrontamiento se emplearon eficazmente en respuesta al estrés y a la adversidad.

Para resaltar más la diferencia entre afrontamiento y resiliencia; cabe señalar que el afrontamiento puede verse como los esfuerzos para llevar a cabo o movilizar las competencias o los recursos personales, y la resiliencia puede verse como el resultado exitoso de estas acciones. Donde el afrontamiento incluye las conductas y los pensamientos que se implementan cuando un individuo se enfrenta al estrés sin hacer referencia a su eficacia, mientras que la resiliencia se refiere a los resultados de las respuestas de afrontamiento de individuos competentes quienes se han enfrentado al estrés y lo han afrontado de una manera eficaz y adaptativa.

Finalmente, es necesario resaltar la importancia del contexto en el estudio de la resiliencia en la población adolescente, ya que resulta un elemento clave para el desarrollo de habilidades y competencias así como estilos de afrontamiento adaptativos en esta etapa del desarrollo.

CAPÍTULO 4. SUCIDIO ADOLESCENTE

Aproximaciones al estudio del suicidio

A finales del siglo XIX surgieron los primeros estudios que abordaron al suicidio como un problema de salud relacionado con el ámbito social, estas investigaciones incluían análisis epidemiológicos o estadísticos.

La investigación en epidemiología provee datos sobre la prevalencia y distribución de diversos problemas en las poblaciones, así como de los factores de riesgo y protección, asociados con dichos problemas. Por lo tanto es esencial para la investigación de la prevención, etiología, curso y resultados de diversas problemáticas (Rescorla, Almqvist, Bird, Dobrea, Erol, Hannesdottir et al., 2007).

Con respecto a la problemática del suicidio, la perspectiva epidemiológica ha abarcado la mayor parte de la investigación médica reciente y se ha enfocado a la detección de grupos de riesgo y de sus características. De esta forma, se ha planteado que existen variables sociodemográficas, psicopatológicas y sociales, que influyen en la conducta suicida, donde la detección del riesgo es el primer paso en la prevención de la consumación del suicidio. De acuerdo con lo cual, el suicidio se plantea como un problema de salud pública, potencialmente evitable.

Dimensiones dentro de la conducta suicida

La conducta suicida varía en cuanto a los grados, desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado, pasando por la elaboración de un plan para hacerlo, obtener los medios necesarios e intentar suicidarse (Sauceda, Lara y Fócil, 2006).

De esta forma, y de acuerdo con algunos autores (Borges, Anthony y Garrison, 1995) la conducta suicida se presenta como un proceso complejo conformado por diversos pensamientos y emociones multifactoriales y dinámicas (como la desesperanza, la frustración y el enojo) por lo que el campo de investigación del suicidio no abarca únicamente los suicidios consumados, sino que incluye además los intentos de suicidio, los planes y la ideación suicida.

Suicidio.

El suicidio es definido como una conducta agresiva, realizada con el propósito de la autodestrucción, con conciencia de ello y con la finalidad de lograr la muerte (Bonger, 1992).

Autores como O'Carroll, Berman, Maris y Moscicki (1996) lo definen como la muerte autoprovocada por heridas, envenenamientos o asfixia siempre y cuando exista evidencia de que la lesión fue autoinflingida y con una intención de matarse.

Intento de suicidio.

Las definiciones clásicas lo describen como un acto propositivo y consciente para tratar de quitarse la vida (Durkheim, 1897; 2002); como un acto deliberado que lleva al individuo a hacerse daño él mismo, sin resultados fatales (Diesktra y Garnefski 1995); o bien como un acto no mortal en el que la persona se autolesiona de forma deliberada, es decir, con la intención de matarse (Pokorny, 1986).

La OMS lo define como un acto de resultado no fatal, en el cual un individuo inicia deliberadamente un comportamiento no habitual que, sin la intervención de los demás, le causa un daño el cual está dirigido a conseguir cambios a través de consecuencias esperadas (OMS, 2001).

A pesar de que el intento de suicidio no siempre conduce a la muerte, constituye un elemento de estudio esencial debido a la situación de riesgo en la que se encuentran las personas, por lo que al considerar el intento suicida como una opción alternativa, habrá que preocuparse también por las motivaciones intrínsecas prevalecientes en los sujetos para la consumación del acto suicida como aquellas relacionadas con la ideación y el plan suicida.

Ideación suicida.

De acuerdo con (McAuliffe, 2002) la principal dificultad en definir a la ideación suicida está en establecer la presencia del intento suicida. Esto es particularmente importante ya que la intención es un vínculo crucial entre el pensamiento y la acción, indicativo del grado en que una persona desea morir.

O'Carroll et al. (1996) definen a la ideación suicida como el autoreporte de pensamientos relacionados con conductas suicidas, esto es, acerca de la propia muerte.

De acuerdo con Beck, Kovacs y Weissman (1979; Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001) la ideación suicida se entiende como un síntoma frecuente e inespecífico, que refleja el nivel del conflicto interno, el cual aumenta cuando una persona que tiene capacidades de enfrentamiento ineficaces, tiende a experimentar situaciones estresantes. Según estos autores, la ideación suicida incluye los deseos, planes, ideas o pensamientos de la persona, relacionados con quitarse la vida, así como sus estrategias para llevarlos a cabo.

Para Rotheram-Borus (1993) desde un punto de vista cognoscitivo, la ideación suicida está directamente vinculada con el intento de suicidio y se ha identificado como el mejor predictor no conductual del suicidio consumado de adolescentes y población adulta en general.

Borges, Anthony y Garrison (1995) la definen como el conjunto de pensamientos recurrentes e intrusivos sobre el quitarse la vida. Según estos autores, como otros constructos psicológicos, la ideación suicida se ha propuesto como una variable operacional factible de ser medida a través de autorreportes, entrevistas o cuestionarios que describen conductas específicas asociadas al mismo.

Plan suicida.

El plan suicida implica una estrategia del cómo la persona pretende quitarse la vida, de esta forma, el plan suicida incluye ideas de cómo se logrará el suicidio considerando la disponibilidad del método, la letalidad del método y el tiempo y momento propuestos para lograrlo (Hernández, 2007).

De esta forma, la ideación suicida y los planes suicidas, al estar vinculados con las motivaciones intrínsecas de las personas adquieren importancia como variables de estudio de la conducta suicida.

Epidemiología del suicidio adolescente a nivel mundial

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2004) el suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial debido a que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas, lo que significa que alrededor de un millón de personas en el mundo se suicidan cada año, y entre 10 y 20 millones lo intentan. Y a pesar de que las tasas de suicidio tienden a incrementarse con la edad, en las últimas décadas se ha presentado un incremento significativo y constante en los jóvenes de 15 a 25 años en diversos países, constituyendo así una de las principales causas de muerte entre la población joven de países tanto desarrollados como en vías de desarrollo.

Algunos autores (Hernández y Lucio, 2006; Lucio, Loza y Durán, 2000) sugieren que el riesgo suicida se incrementa durante la adolescencia debido a que en esta etapa del desarrollo los cambios biológicos, psicológicos y sociales asociados a ella, pueden aumentar el grado de estrés experimentado por la mayoría de los jóvenes, pues, representa un tiempo difícil lleno de desafíos y, a su vez, constituye el momento para adquirir habilidades que les permiten enfrentar la vida.

De acuerdo con Anderson (2002) el suicidio es poco común en la niñez y en la edad temprana, por lo que dentro del grupo de edad de 10 a 14 años, la mayoría de los suicidios ocurren entre los 12 y los 14 años. Este autor señaló que la incidencia de suicidios incrementa marcadamente en los adolescentes tardíos (15-19 años) y continúa incrementándose hasta los 20 años, alcanzando un nivel que se mantiene durante la adultez hasta la sexta década.

Así mismo, se ha reportado que la rareza del suicidio consumado antes de la pubertad es un fenómeno universal (OMS, 2002). De acuerdo con lo cual, algunos autores han señalado que una de las razones es que la depresión y la exposición a drogas y alcohol, dos factores de riesgo significativos para el suicidio en adultos y adolescentes, son poco comunes en la infancia y aumentan marcadamente en la adolescencia y en la edad adulta (Gould, Greenberg, Velting y Shaffer, 2003; Shaffer, Pfeffer, Bernet, Arnold, Beitchman et al., 2001). Sin embargo, de acuerdo con las investigaciones más actuales, la incidencia de suicidios en población de 5 a 14 años ha mostrado un incremento considerable en los últimos diez años (Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco y Nock, 2008).

A nivel mundial, en los últimos años ha existido un marcado crecimiento en investigaciones que examinan la prevalencia, correlación y etiología de conductas suicidas en los jóvenes. Este

interés se sustenta en evidencias que muestran un incremento en las tasas de suicidio entre la población joven en los últimos 30 años en un gran número de países, incluyendo Estados Unidos, Gran Bretaña, Australia, Asia, Irlanda y España (Diesktra y Garnefski 1995; Fergusson, Beautrais y Horwood, 2003; Fergusson, Woodward y Horwood, 2000; Ruiz-Pérez y Orly, 2006).

Con relación a lo estudiado en América, se reporta que países como Canadá, Cuba, El Salvador, Trinidad y Tobago, Guyana, Estados Unidos y Uruguay tienen tasas de suicidio en jóvenes de 15 a 24 años que superan los 10 por 100,000 habitantes (OMS, 2008). Y se evidenció, mediante un estudio en adolescentes escolarizados en países del Caribe, que 12% de los encuestados había intentado suicidarse y que 50% había tenido síntomas de depresión (Maddaleno et al., 2003). En Argentina, el suicidio adolescente es la tercera causa de muerte y una de las causas de muertes violentas de mayor incremento en los últimos años, en el grupo de 10 a 24 años se ha registrado un aumento en las tasas de suicidio que pasaron de 1.5 por cada 100.000 habitantes en 1991 a 6.1 en el año 2000 (Bella, Fernández y Willington, 2010).

En Estados Unidos el suicidio también es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 10 a 14 años de edad y los de 15 a los 19 años; donde la tasa de mortalidad por suicidio entre el primer grupo (10 a 14 años) es de 1.5 por cada 100,000, mientras que la tasa de mortandad por suicidio entre el segundo grupo (15 a 19 años) es de 8.2 por cada 100,000, cinco veces la tasa del grupo de menor edad. De acuerdo con estas cifras, aproximadamente 1 millón de adolescentes intentan suicidarse, de los cuales cerca de 700.000 reciben atención médica debido a tal intento y aproximadamente 1,600 mueren a consecuencia del suicidio (Anderson, 2002; Gould et al., 2003; Stanton, Spirito, Donaldson y Boergers, 2003). Al considerar con algunas cifras de las conductas suicidas no letales, como la ideación y el intento, la magnitud del problema se hace evidente, ya que el 19% de alumnos de preparatoria consideraron seriamente el intento suicida, cerca de 15% hizo un plan específico para intentar suicidarse, 8.8% reportó haber tenido un intento de suicidio y 2.6% tuvo un intento que requirió de atención médica (Gould et al., 2003). Datos más recientes sobre las tasas de suicidio consumado en adolescentes de este país, reportaron una cifra del 10.2 por cada 100,000 jóvenes entre 15 y 24 años (Bridge, Goldstein y Brent, 2007).

Por lo que respecta a Canadá, el suicidio es en la actualidad la segunda causa de muerte en los jóvenes entre 15 y 19 años, después de los accidentes en auto. Con tasas de suicidio

consumado cuadruplicadas desde los años cincuenta (Everall, Altrows y Paulson, 2006; Langlois y Morrison, 2002).

En lo concerniente al continente Europeo, en algunos países el número de muertes por suicidio ha superado al de víctimas de accidentes de tránsito, como es el caso de España que a pesar de tener una de las tasas de suicidio más bajas de Europa (8.7/100,000) junto con Irlanda ha sufrido uno de los incrementos más altos en poco tiempo pasando del 5.3 en 1984 al 6.2 en 1998 (Ruiz-Pérez y Orly, 2006). Esta problemática ha cobrado especial importancia entre los jóvenes de 15 a 24 años, grupo poblacional donde el suicidio es la segunda causa externa de muerte (3.9/100,000) (OMS, 2008). De acuerdo con Kirchner, Ferrer, Forns y Zanini (2011) la prevalencia actual de conducta autolesiva en adolescentes españoles estudiantes entre 12 y 16 años es del 11.4% y del 12.5% para la ideación suicida.

En países como Inglaterra las tasas de suicidio mostraron un aumento considerable entre la población de 15 a 19 años, y en especial entre los hombres de 20 a 24 años (Hawton y James, 2005).

Epidemiología del suicidio adolescente en México

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) respecto a la muerte por suicidio, en México las tasas de suicidio consumado en jóvenes de 15 a 24 años de edad son bajas (6.2/100,000) en comparación con las de países del mismo continente como Guyana (28.8/100,000), Uruguay (14.6/100,000) o Estados Unidos (10.2/ 100,000) o bien con las de países de Europa y Asia, como Finlandia (18.2/100,000), Noruega (14.8/100,000) y Japón (15.4/100,000). No obstante, el suicidio de jóvenes en nuestro país ha mostrado un incremento muy rápido en periodos cortos de tiempo; entre los años de 1990 y 2000 el aumento fue del 74% en la población de 15 a 24 años (Bridge, Goldstein & Brent, 2007); aunque de manera general, se ha documentado un incremento constante en la mortalidad por suicidio en los últimos 40 años en el país (Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2010).

De acuerdo con los datos de dos encuestas realizadas entre estudiantes de enseñanza media se encontró que la prevalencia de intentos de suicidio en el área metropolitana fue de 8.3% en 1997 y se incrementó a 9.5% en el año 2000. En su mayoría, los intentos de suicidio ocurrieron

en los años finales de la escuela primaria o durante la secundaria. En cuanto a los motivos, hubo un claro predominio de problemas familiares, seguido por sentimientos depresivos (González-Forteza, Mariño, Mondragón y Medina-Mora, 2000; Villatoro, Medina-Mora, Cardiel et al., 1999).

A este respecto, en un estudio con adolescentes mexicanos de secundaria se encontró que la prevalencia de las tres conductas suicidas en los últimos doce meses fue del 14.7% para la ideación, del 11.2% para la planeación y del 1.2% para el intento suicida, así mismo, se observó que el riesgo aumenta cuatro veces más entre aquellos jóvenes expuestos a sucesos negativos en relación con los que no reportan haber experimentado este tipo de eventos (Hernández, 2007).

Mientras que Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco y Nock (2008) encontraron que la prevalencia de la conducta suicida entre jóvenes de 12 a 17 años fue del 11.5% para la ideación, del 3.9% para los planes suicidas, y del 3.2% para los intentos de suicidio entre adolescentes del área metropolitana. Donde el riesgo de ideación, plan e intento suicida comenzó a incrementarse a los 10 años y alcanzó su punto máximo alrededor de los 15 años. Así mismo, se ha encontrado que entre 0.1 y 11% de los adolescentes que intentan quitarse la vida eventualmente consuman el suicidio; y que la tasa de mortalidad por suicidio para el grupo de 15 a 24 años fue de 5.4/100,000 en el año 2000 (Sauceda, Lara y Fócil, 2006).

Investigaciones más actuales (Borges et al., 2010) han indicado que la prevalencia de las conductas suicidas en los últimos 12 meses fue del 10.01% para la ideación suicida en el grupo de 12 a 17 años y del 8.74% en el grupo de 18 a 29 años, mientras que la prevalencia del intento de suicidio fue de 1.09% en el grupo de 12 a 17 años y de 0.90% en el de 18 a 29 años.

Considerando los datos reportados en las investigaciones nacionales e internacionales con respecto al suicidio, se sugiere que la gravedad de este fenómeno está en la vulnerabilidad en la que se encuentran los jóvenes ante la recurrente ideación y planeación suicida que reportan, lo cual los pone en una situación de riesgo importante que debe ser identificada y atendida a tiempo.

Diferencias por sexo

Dentro de los factores de riesgo asociados al suicidio, se ha encontrado que el más frecuentemente relacionado con la ideación y el intento de suicidio en población adolescente es el

sexo (Mondragón, Borges & Gutiérrez, 2001). Diversos estudios epidemiológicos en México han documentado que la prevalencia de intentos suicidas es mayor en la mujeres adolescentes, mientras que en los hombres predominan los suicidios consumados (Borges, Medina-Mora, Orozco, Ouéda, Villatoro & Fleiz, 2009; Borges et al., 2010; Pérez-Amezcuca, Rivera-Rivera, Atienzo, De Castro, Leyva-López y Chávez-Ayala, 2010).

Aunque si bien es cierto que las diferencias por sexo en las tasas de mortalidad se han mantenido a lo largo del tiempo, a partir del año 1993 se presenta una brecha que separa las tasas de suicidio entre hombres y mujeres donde la diferencia en la mortalidad masculina/femenina llegó a más de 6:1, para luego descender y mantenerse alrededor de 5:1 en la última década. Actualmente, para los hombres la mortalidad por suicidio en el grupo de 14 a 19 años representa el 10.64% del total de muertes por suicidio y el 15.40% en el grupo de 20 a 24 años, siendo la tercera causa de muerte en estos dos grupos poblacionales, mientras que para las mujeres de 14 a 19 años representa el 18.11 y para las de 20 a 24 años el 17.34%, siendo la segunda causa de muerte en ambos grupos de edad (Borges et al., 2010).

Estudios realizados en otros países reportan datos similares en función de las diferencias por género, donde las tasas de suicidio son mayores en los varones que en las mujeres, como es el caso de España cuyos valores oscilan entre 12.6 y 3.9 respectivamente (Ruiz-Perez y Orly, 2006); o bien como en algunos países del Caribe, donde las tasas de suicidio de los varones fueron el doble que las de las mujeres (Maddaleno et al., 2003).

Datos similares se reportan en Estados Unidos, donde se ha encontrado que tanto los factores de psicopatología como las preferencias por los métodos empleados contribuyen al patrón de las diferencias por sexo. Considerando que a pesar de que la ideación y los intentos suicidas son más comunes entre las mujeres, el suicidio consumado es más común entre los hombres; cinco veces más que las mujeres, los hombres de 15 a 19 años consuman el suicidio (Anderson, 2002; Gould et al., 2003; Rew, 2005).

Al considerar las diferencias por sexo referentes al suicidio y a la sintomatología psicológica, Saucedo et al. (2006) indicaron que en las adolescentes, los problemas principales están relacionados con el control del enojo, seguidos de los problemas emocionales y familiares. Por su parte, los hombres, aunque también reportan problemas en el control del enojo, presentan

mayores problemas con la impulsividad, seguidos de los problemas emocionales y familiares. Según estos autores, existe un predominio marcado en las mujeres sobre los hombres en el intento de suicidio, no obstante la menor letalidad de los medios empleados para ello favorece más que sean llevadas a servicios médicos después del intento de suicidio a diferencia de los hombres, quienes emplean medios más letales.

No obstante, en un estudio realizado en adolescentes chilenos (Ventura-Juncá, Carvajal, Undurraga, Vicuña, Egaña y Garib, 2010) se encontró una mayor prevalencia de suicidalidad en las mujeres, donde el 71% de las chicas presentó ideación suicida y 26% intentó quitarse la vida, mientras que el 49% de los hombres manifestó ideación suicida y 12% cometió un intento de suicidio. De manera similar, en un estudio con adolescentes mexicanos de nivel medio, Hernández (2007) encontró que las prevalencias de ideación, planeación e intento suicida fueron prácticamente dos veces mayores entre las mujeres que entre los hombres.

Lo anterior indicaría que el perfil epidemiológico se mantiene en diversos países, encontrando una prevalencia de intentos suicidas mayor en mujeres que en hombres, y una prevalencia de suicidios consumados mayor en hombres que en mujeres. Sin embargo, no existe el mismo patrón en las diferencias por sexo en todos los países. Mientras que el suicidio consumado es más común entre los hombres que entre las mujeres de 15 a 24 años en países de América y Europa; las tasas con relación al sexo son equivalentes en algunos países de Asia, como Singapur y China, donde gran parte de los suicidios son cometidos por las mujeres (Gould et al., 2003).

Factores de riesgo y protección asociados al suicidio en adolescentes

A nivel mundial, en los últimos años ha habido un creciente interés en la investigación de los factores de riesgo y los procesos de vida que incitan a los jóvenes a involucrarse en conductas suicidas, a este respecto, un gran número de estudios han examinado el alcance con el cual los factores personales y ambientales, contribuyen al riesgo suicida en esta población (Brent, Perper, Moritz, Liotus, Schweers et al., 1994; Fergusson, Woodward y Horwood, 2000; Gould, Greenberg, Velting y Shaffer, 2003; Shaffer, Pfeffer, Bernet, Arnold, Beitchman et al., 2001).

Con relación a lo anterior, las tasas de conductas suicidas en la adolescencia están relacionadas con una amplia variedad de factores personales así como adversidades en el

contexto familiar, escolar y social como el que haya historias de suicidios en la familia, dificultades de apego a la escuela, dificultades académicas y en las relaciones con los pares y amigos (Brent et al., 1994; Fergusson et al., 2003)

Desde una perspectiva del desarrollo, Johnson, Cohen, Gould et al. (2002) señalaron que la conducta suicida tiende a estar multideterminada, y que los individuos que experimentan una serie de adversidades durante la infancia y la adolescencia, están expuestos a un elevado riesgo suicida durante la adolescencia tardía o inicios de la edad adulta. De esta forma, los sucesos de vida negativos y las dificultades interpersonales juegan un papel muy importante en determinar si las adversidades de la infancia contribuyen al surgimiento de la conducta suicida en etapas posteriores del desarrollo.

A este respecto, existe evidencia que indica una influencia de los sucesos estresantes o negativos vividos por los adolescentes, como detonantes de la conducta suicida (González-Forteza y Andrade, 1995; Lucio et al., 2000; Hernández y Lucio, 2006; Hernández, 2007).

De acuerdo con Hernández y Lucio (2006) se relacionan con el riesgo suicida aquellos eventos de vida estresantes o adversos que pueden disparar un acto suicida, aunque esta relación ocurre, probablemente, sólo entre individuos que poseen una vulnerabilidad al suicidio. Según estos autores, los eventos asociados al acto suicida pueden ser percibidos por la persona como un reflejo de su pérdida, humillación, vergüenza o fracaso. De esta forma, los sucesos estresantes funcionan como un detonador que empuja al individuo hacia el comportamiento suicida en un intento desesperado por enfrentar estas reacciones emocionales intensas.

En función a los factores de personalidad, se ha reportado que la desesperanza y la conducta agresiva e impulsiva están vinculadas con un incremento en el riesgo de conducta suicida (Howard-Pitney, LaFromboise, Basil et al., 1992; Marcenko, Fishman y Friedman 1999; Gould et al., 2003).

Así mismo, Boergers, Spirito y Donaldson (1998) examinaron las razones reportadas por los adolescentes con relación a sus intentos de suicidio y encontraron que, los adolescentes que manifestaron haber intentado suicidarse con la finalidad de morirse, estuvieron significativamente

más desesperados, deprimidos, enojados, solitarios y fueron más perfeccionistas que los adolescentes que no reportaron un deseo de morir.

Por otro lado, algunos estudios (Shaffer et al., 2001) indican que tener una historia personal de intento de suicidio previo es uno de los predictores más fuertes del suicidio consumado. A este respecto, en Estados Unidos, se han reportado fuertes asociaciones entre la historia de la conducta suicida e intentos futuros tanto en encuestas entre la población general, como en estudios longitudinales y en muestra clínicas, lo cual indica el riesgo de un incremento en el intento entre 3 y 17 veces más para aquellos que presentan una conducta suicida previa (Gould et al., 2003).

Por lo que respecta al abuso de sustancias como un factor de riesgo significativo en el suicidio, se ha encontrado una asociación entre la consumación del suicidio y el estar bajo efectos de alguna sustancia, siendo más común entre los hombres que entre las mujeres (Borges, Mondragón, Casanova et al., 2003). Con relación a la prevalencia de intento suicida y el abuso de sustancias, también se ha reportado una asociación, con mayor frecuencia entre las mujeres que entre los hombres adolescentes (Villatoro et al., 2005).

Debido a que tanto la muerte por suicidio, así como el uso y abuso de sustancias legales e ilegales entre adolescentes se han incrementado considerablemente en las últimas décadas en nuestro país. Las consecuencias del uso de estas sustancias forman, en la actualidad, parte del perfil epidemiológico del mexicano.

Diversos estudios (González-Forteza et al., 2002; Hernández-Cervantes & Lucio, 2006; Warner, González-Forteza, Aguilera, Ramos-Lira, Medina-Mora & Anthony, 2003) se han realizado para conocer el perfil del adolescente en riesgo suicida y la dinámica del consumo de sustancias, al considerar que ambas problemáticas no son factores aislados; y se ha determinado que algunos precursores del consumo de alcohol y drogas lo son también de otras conductas, como tener relaciones sexuales sin protección, incurrir en conductas antisociales o delictivas, así como intentar suicidarse.

Con relación a las características familiares, algunos estudios longitudinales (Brent, Perper, Moritz et al., 1994; Fergusson et al., 2000; Johnson, Cohen, Gould et al., 2002) han sugerido que: (a) la poca cohesión y expresión familiar, así como la presencia de conflictos familiares, pueden

mediar la asociación entre la depresión materna y el suicidio adolescente; (b) que las relaciones de los adolescentes con sus padres pueden moderar la asociación entre los sucesos de vida estresantes y los síntomas depresivos; (c) que los sucesos de vida estresantes pueden mediar la asociación entre algunos tipos de adversidades de la infancia y riesgo de conducta suicida durante la adolescencia y los primeros años de la edad adulta; (d) que las relaciones inadecuadas entre padres e hijos están asociadas con el incremento de riesgo suicida e intentos de suicidio entre jóvenes; y (e) que el tener historias de intentos de suicidio en la familia incrementa considerablemente el riesgo de consumir el suicidio y de intentar suicidarse.

Por lo que respecta al ambiente escolar, se ha reportado que las dificultades en la escuela, con los compañeros y el no ir al colegio, plantean riesgos significativos para consumir el suicidio. De acuerdo con Wunderlich, Bronisch y Wittchen (1998) los jóvenes que presentaron serios intentos de suicidio también fueron más propensos a abandonar la preparatoria o no ir a la universidad.

Considerando al grupo de pares, se ha encontrado una relación entre la conducta victimaria, la depresión, ideación suicida e intentos suicidas en estudiantes de 13 y 19 años, lo cual ha señalado que los estudiantes que estuvieron involucrados en conductas victimarias, tanto como víctima como victimario, presentaron un riesgo significativamente mayor de depresión, ideación suicida seria, e intentos de suicidio en comparación con los estudiantes que nunca fueron víctimas o victimarios (Brunstein, Marroco, Kleinman, Schonfeld y Gould, 2007).

Finalmente, y de acuerdo con lo hasta ahora expuesto, la adolescencia es una etapa del desarrollo en la que ocurren numerosos eventos que pueden generar el que los jóvenes se involucren en conductas de riesgo.

Existen múltiples problemáticas de salud en los adolescentes, dentro de las que se encuentran el abuso de sustancias legales e ilegales; mantener prácticas sexuales de riesgo; trastornos alimenticios y del estado del ánimo; accidentes automovilísticos; y el suicidio. Con respecto a este último, el suicidio es una problemática de salud pública susceptible de prevenir por lo que se hace necesario identificar no sólo los factores de riesgo que determinan esta conducta sino los factores de protección que permiten su asistencia y contención oportuna, además de que para su

estudio se debe considerar que es un fenómeno multicausal en el que se interrelacionan factores biológicos, psicológicos y sociales.

Por lo que se respecta a los factores psicológicos y sociales, se deben evaluar tanto los atributos personales de los adolescentes, como las características del contexto en el que viven. En el caso particular de esta investigación, se atendió tanto la importancia del contexto y de las adversidades vinculadas a éste, como las características o atributos personales de los jóvenes considerándolos como aquellos factores de riesgo o protección que los colocan en una posición distinta de presentar o no conducta suicida.

De esta forma se plantea que los recursos personales que los adolescentes tengan para hacerle frente a las adversidades de su entorno, influirán en su adaptación o desadaptación al medio que los rodea y por consiguiente mostrarán patrones resilientes o de riesgo ante la conducta suicida.

A continuación se presenta la metodología de la cual se sustenta el presente trabajo.

MÉTODO

Justificación

La investigación sobre resiliencia en México es poca, además de que este tema se ha trabajado principalmente bajo perspectivas de tipo clínico y social, basadas en el estudio de factores psicosociales en niños, jóvenes y adultos con relación a problemáticas como el consumo de sustancias, maltrato infantil, enfermos con cáncer, duelo y situaciones de pobreza; las cuales se han centrado en las características contextuales como factores de riesgo y protección (Aviña, 2002; González, 2006; Flores y Soto, 2007; Gómez, 2008; López, 2008; Romero, Salcedo y Tepancal, 2009). Sólo un estudio (Hurtado, 2008) se ha centrado en las características personales que presentan algunos jóvenes ante situaciones adversas y otro como el de González, Valdez y Zavala (2008) identificó características resilientes en adolescentes sin evaluar ningún factor de riesgo. Es por ello, que desde una perspectiva clínica basada en la psicopatología del desarrollo, en esta investigación se plantea que existen variables de tipo interno que pueden ser abordadas para lograr un mejor entendimiento sobre la resiliencia en adolescentes en riesgo de suicidio.

Ante el evidente incremento en la prevalencia de suicidio en jóvenes mexicanos de 15 a 24 años (Borges et al., 2009) el estudio de la resiliencia y los factores protectores en población adolescente en riesgo de presentar conducta suicida es de sumo interés e importancia.

En este estudio se evalúan algunas variables de tipo personal que intervienen como factores mediadores de la conducta suicida, y tiene como propósito identificar los atributos internos que les permiten tener una adaptación positiva a adolescentes que viven bajo situaciones de estrés o adversidad.

Su importancia reside en la identificación de las características que presentan los adolescentes, como rasgos de personalidad y estrategias de afrontamiento, relacionados con la capacidad para sobreponerse a eventos estresantes en su vida.

Los hallazgos obtenidos contribuirán al entendimiento del desarrollo adolescente y a la creación de intervenciones sobre salud mental que se construyan con base en las fortalezas de los jóvenes en riesgo.

Mediante una estrategia de tamizaje, que consiste en la administración de autoinformes en escenarios escolares, en esta investigación se plantea el estudio de la resiliencia en jóvenes de bachillerato expuestos a sucesos de vida estresantes que presentan diferencias en su adaptación ante el riesgo de suicidio.

Pregunta de investigación

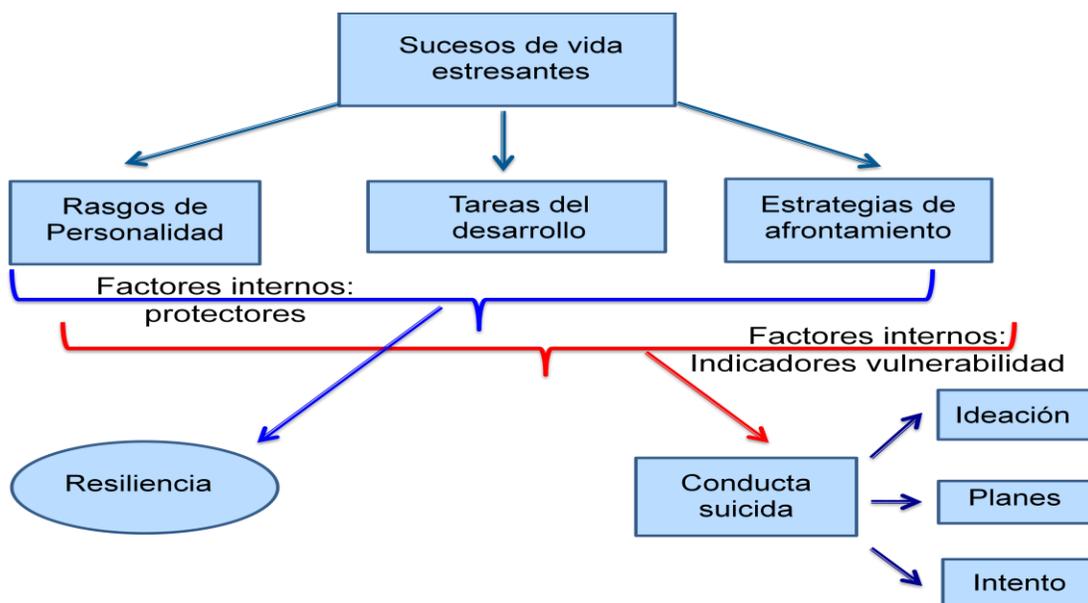
¿Cuáles son los indicadores personales de resiliencia ante el riesgo de suicidio en adolescentes de bachillerato expuestos a situaciones de estrés?

Modelo

Esta investigación se sustenta en un modelo de protección-vulnerabilidad (Fig. 1) mediante el cual se manifiesta una relación interactiva entre el estrés y los factores personales, en lo que respecta a la adaptación, de tal forma que, éstos modulan (amortiguan o amplifican) el impacto del estrés visto como una variable (Garmezy et al., 1984; Luthar, 1991).

Bajo esta conceptualización sobre resiliencia, algunos factores internos o atributos personales de los individuos son vistos como protectores, considerando que aquellas personas que tienen niveles altos de un atributo en específico se ven poco afectadas por el estrés, mientras que, aquellas que tienen niveles más bajos del atributo en cuestión, expresan menores competencias a pesar de tener niveles similares de estrés o riesgo. En contraste, algunos factores personales son vistos como indicadores de vulnerabilidad, por lo que, los individuos que tienen niveles altos de estos atributos, tendrán resultados más pobres en respuesta a los estresores, que aquellos que tienen niveles bajos de los atributos en cuestión. Este modelo opera en una forma indirecta para influir en los resultados de la resiliencia, donde, los factores protectores interactúan con los factores de riesgo para reducir la probabilidad de tener resultados adversos.

Figura 1. Modelo de protección-vulnerabilidad



Objetivo general

Identificar los atributos personales que modulan el impacto del estrés en dos grupos de adolescentes, con y sin riesgo suicida.

Hipótesis de trabajo

Los factores internos o atributos personales que contribuyan a la adaptación positiva en el contexto de riesgo significativo y de situaciones adversas para el desarrollo de los jóvenes, serán indicadores de patrones resilientes.

Fases de estudio

El presente estudio se realizó en tres etapas o fases:

- (a) Fase I. Tamizaje: evaluación de adolescentes de bachillerato en riesgo.
- (b) Fase II. Identificación y caracterización de dos grupos de adolescentes en riesgo (resilientes y no resilientes ante el suicidio).
- (c) Fase III. Intervención: estrategia de intervención psicológica de tipo preventivo que se realizó mediante un taller de discusión y reflexión sobre conductas de riesgo, con los jóvenes detectados en riesgo suicida que no presentaron factores personales asociados con la resiliencia.

A continuación se describirá a detalle la metodología que se empleó para la realización óptima de cada fase.

Fase I. Tamizaje: evaluación de adolescentes en riesgo

Justificación

De acuerdo con Garmezy (1988) los eventos de vida estresantes se refieren a cualquier cambio en el ambiente que provoca un alto grado de tensión emocional e interfiere con los patrones normales de respuesta. Así mismo, para Compas et al. (1987) los eventos de vida estresantes enfrentados por las personas, constituyen un factor importante en la etiología y curso de una variedad de problemas psicológicos y del comportamiento.

En lo que respecta al suicidio, se ha encontrado que el grupo de adolescentes que está en particular riesgo es el de los jóvenes de entre 15 y 19 años (Anderson, 2002). En nuestro país, los adolescentes que se ubican en este rango de edad, pertenecen al nivel educativo medio superior.

Las estrategias de prevención de la conducta suicida en jóvenes han sido implementadas principalmente dentro de tres dominios: a) la escuela, (b) la comunidad, y (c) los sistemas del cuidado de la salud. Las cuales tienen dos metas generales: búsqueda de casos y tratamiento o reducción de los factores de riesgo (Gould et al., 2003).

Considerando lo anterior, en la primera fase de este estudio, se realizó un tamizaje con jóvenes de bachillerato para detectar a aquellos en riesgo por estrés y suicidio, mediante la aplicación de diversas pruebas psicológicas.

Objetivo general

Evaluar a la población de adolescentes de bachillerato e identificar a aquellos en riesgo mediante el análisis de los sucesos estresantes y la prevalencia del riesgo suicida.

Objetivos específicos

1. Aplicar los instrumentos de evaluación psicológica que permitan detectar a la muestra en riesgo.
2. Describir a la muestra a través de sus características sociodemográficas.
3. Determinar los sucesos de vida estresantes en la muestra.
4. Determinar el nivel del riesgo de conducta suicida en la muestra, mediante el análisis de la prevalencia en la ideación, planeación e intento suicida.
5. Evaluar la relación entre los sucesos de vida estresantes y el riesgo suicida en la muestra.

Hipótesis conceptuales

- a. Los individuos que están expuestos a una serie de adversidades durante la infancia y la adolescencia están expuestos a un elevado riesgo suicida (Johnson et al., 2002).
- b. Se relacionan con el riesgo suicida aquellos eventos de vida estresantes o adversos que pueden desencadenar un acto suicida, aunque esta relación ocurre probablemente sólo entre individuos que poseen una vulnerabilidad al suicidio (Hernández y Lucio, 2006).

Hipótesis estadísticas

H₀= No existe relación entre los sucesos de vida estresantes y el nivel de riesgo suicida en jóvenes estudiantes de nivel medio superior.

H₁= Sí existe relación entre los sucesos de vida estresantes y el nivel de riesgo suicida en jóvenes estudiantes de nivel medio superior.

Identificación de variables

Variables atributivas.

1. Sucesos de vida estresantes.
2. Riesgo suicida.

Variables de Clasificación.

1. Riesgo suicida:
 - a. Riesgo alto (ideación, planeación e intento) o prioridad 1
 - b. Riesgo por intento o prioridad 2
 - c. Riesgo por ideación o prioridad 3
 - d. Riesgo por malestar emocional asociado al suicidio o prioridad 4
2. Sucesos de vida estresantes:
 - a. Pocos sucesos $T \leq 50$
 - b. Muchos sucesos $T \geq 65$

Definición conceptual de las variables.

1. **Sucesos de vida estresantes.** Eventos críticos, desencadenantes de estrés, asociados a síntomas tanto físicos como de índole psicológica, que pueden tener consecuencias para la salud integral del adolescente (Seifge-Krenke, 1995).
2. **Riesgo suicida.** Respuestas dadas ante un instrumento de tamizaje, que corresponden a las emociones, pensamientos y acciones de los individuos vinculados a la conducta suicida (Borges, Anthony y Garrison, 1995).

Definición operacional de las variables.

1. **Sucesos de vida estresantes.** Se determinaron las dificultades presentadas en las áreas o dimensiones del Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes (Lucio y Durán, 2003) mediante los siguientes criterios:
 - a. Obtención de puntuaciones mayores a T65. Las puntuaciones T entre 65 y 69, sugieren que el adolescente ha estado expuesto a más sucesos estresantes de lo esperado, por lo que podría estar en riesgo de presentar alguna problemática emocional o conductual en el área donde se presente dicha elevación; si la puntuación T es mayor a 69 tal probabilidad aumenta.

2. **Riesgo suicida.** Se identificó el nivel de riesgo suicida mediante el número de respuestas dadas al Inventario de Riesgo e Ideación Suicida (Hernández y Lucio, 2003) que permite crear niveles de prioridad a partir de un modelo acumulativo de riesgo. Los criterios para delimitar cada grupo fueron los siguientes:
 - a. Riesgo alto o prioridad 1: si se endosan los tres reactivos críticos (ideación, planeación e intento) y además hay una elevación de $T \geq 60$ en todas las subescalas del instrumento.
 - b. Riesgo por intento o prioridad 2: si se endosa el reactivo crítico de intento suicida; puede haber una o más elevaciones $T \geq 60$ en las subescalas del instrumento.
 - c. Riesgo por ideación o prioridad 3: si se endosa el reactivo crítico de ideación suicida; puede haber una o más elevaciones $T \geq 60$ en las subescalas del instrumento.
 - d. Riesgo por malestar emocional asociado al suicidio o prioridad 4: no se endosan reactivos críticos, pero se presentan elevaciones de $T \geq 60$ en el índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida.

Muestreo

Población y muestra.

La población de jóvenes estudiantes en la que se realizó el estudio fue de 11,578 alumnos. La muestra para el tamizaje se conformó por 1,084 alumnos (9.4% de la población), de los cuales se descartó al 7.7% en función de los criterios de exclusión, por lo que la muestra final de estudio quedó comprendida por 1,000 alumnos que cursaban los primeros semestres del bachillerato entre 15 y 17 años de edad. Todos ellos, pertenecientes a una institución de educación pública de nivel

medio superior ubicada en una zona con altos índices de violencia al oriente de la Ciudad de México.

Muestreo.

Se realizó un muestreo de tipo probabilístico, estratificado por semestre y turno, mediante un muestreo aleatorio simple con un método de selección por computadora con la población total del plantel (11,578 alumnos). Se seleccionaron siete grupos por semestre y por turno, dando un total de 28 grupos de los primeros semestres del bachillerato. Se consideraron algunos grupos de reemplazo en caso de que existiera algún inconveniente para trabajar con los grupos seleccionados.

Criterios de selección

Criterios de inclusión.

Los jóvenes que participaron en esta fase de la investigación fueron alumnos regulares, de los primeros semestres del bachillerato, entre 15 y 17 años, que contestaron todos los instrumentos de evaluación.

Criterios de exclusión.

Se excluyó a los jóvenes que presentaron un patrón de respuestas incongruente en los instrumentos y que no cumplieron con el rango de edad.

Tipo de estudio

Investigación de tipo exploratorio, de campo y transversal.

Tipo de diseño

Diseño simple de una sola muestra.

Instrumentos y/o materiales.

Materiales

Se emplearon tres cuadernillos de preguntas que incluían los diferentes instrumentos; hojas de respuesta para lector óptico; hojas blancas; lápices del 2 o 2 ½; sacapuntas; gomas y sobres tamaño carta.

Instrumentos.

1. Ficha Sociodemográfica (Lucio, Durán, León y Hernández, 2003).

En toda investigación es necesario describir a la muestra de estudio bajo algunos parámetros sociodemográficos, dentro de los que se encuentra la escolaridad de los padres, el número de hermanos, los ingresos familiares, entre otras.

La Ficha Sociodemográfica, está compuesta por un cuadernillo de aplicación que se responde, con lápiz del 2 o 2 ½, en una hoja de respuestas para lector óptico. Consta de 30 reactivos de opción múltiple, que miden algunas variables sociodemográficas, que permiten obtener información para describir a la muestra. El tiempo de aplicación es de 10 minutos.

2. Cuestionario Sucesos de Vida para Adolescentes (Lucio y Durán, 2003).

El principal motivo para emplear este cuestionario es porque se elaboró con la finalidad de detectar problemas emocionales en adolescentes mexicanos (13-18 años), a partir de los sucesos estresantes y la evaluación afectiva que los propios jóvenes hacen de ellos, es decir, considera la percepción de los eventos de vida a los que ha estado expuesto el adolescente, desde su propia óptica (bueno, malo o indiferente) y en diferentes áreas de su vida.

El cuestionario Sucesos de Vida, es un autoinforme, compuesto por 129 reactivos y una pregunta abierta que permiten evaluar, de manera confiable, siete áreas de la vida de los adolescentes: (1) Familiar, (2) Social, (3) Personal, (4) Problemas de Conducta, (5) Logros y fracasos, (6) Salud y (7) Escolar.

Este instrumento se emplea de forma individual o grupal, con una duración de 30 minutos. Los reactivos se puntúan mediante cuatro opciones de respuesta:

- a.** Cuando me sucedió y fue bueno;
- b.** Cuando me sucedió y fue malo;
- c.** Cuando me sucedió y no tuvo importancia; y
- d.** Cuando no me sucedió.

Las respuestas a estos reactivos corresponden a los eventos de vida que los adolescentes han atravesado en un periodo no mayor a un año. Los sucesos evaluados dentro de cada una de las siete áreas corresponden a los sucesos normativos y no normativos de la adolescencia. Los

sucesos negativos implican un perjuicio o malestar, y los positivos denotan beneficio o bienestar en función del adolescente.

Esta prueba psicológica puede emplearse como instrumento de investigación o de detección de aquellos alumnos que se encuentren en situación de riesgo, ha mostrado utilidad para el trabajo clínico grupal, así como un recurso de apoyo en la evaluación individual de los adolescentes.

Con relación a las propiedades psicométricas del instrumento, se reporta un índice de confiabilidad global Kuder-Richardson de .89; además de una confiabilidad de .76 para los reactivos positivos y de .88 para los negativos, lo que significa que el cuestionario puede considerarse un instrumento confiable.

Para su validación se empleó el método de jueces, donde se les pidió a 18 expertos que clasificaran a cada uno de los reactivos del instrumento siguiendo dos criterios:

1. Como sucesos normativos o no normativos.
2. Como reactivos positivos o negativos.

Para obtener la validez, se calcularon las frecuencias de respuesta y el porcentaje de acuerdo, para cada uno de los reactivos. En función de la clasificación de sucesos normativos y no normativos, se reportó que 88% de los reactivos obtuvieron un acuerdo entre jueces del 70%; 71.2% de los reactivos fueron clasificados dentro del mismo rubro por 80% de los jueces; y del total de reactivos, 72 fueron clasificados como normativos y 80 como no normativos por más de la mitad de los jueces. Con respecto a la clasificación de los reactivos como positivos o negativos, se encontró que 70% del total de jueces estuvieron de acuerdo en 85% de los reactivos y 80% de ellos lo estuvo en la ubicación de 76.3% de los reactivos; del total de éstos, 50 fueron clasificados como positivos y 102 como negativos por más de la mitad de los jueces. Finalmente, para evaluar la discriminación de los reactivos, se obtuvo una χ^2 con la finalidad de determinar si estos diferenciaban entre un grupo de población general y uno clínico, los resultados mostraron diferencias significativas en la mayoría de los reactivos y se eliminaron aquellos reactivos que no discriminaron entre los grupos, quedando un total de 129 reactivos.

Se reporta una buena validez de constructo a través de un análisis mediante la prueba t de Student entre el grupo con las puntuaciones más altas y aquel con las más bajas, indicando diferencias significativas en la mayoría de los reactivos. Así mismo, la validez concurrente de

este instrumento se obtuvo a través de una investigación en la que se correlacionaron los resultados obtenidos con el Cuestionario Sucesos de Vida en 96 adolescentes (59 mujeres y 37 hombres) con los resultados logrados con el MMPI-A, los resultados señalan que las áreas negativas correlacionan en forma positiva con las escalas clínicas, de contenido y suplementarias del MMPI-A que indican problemas; y las áreas positivas correlacionan de manera negativa con las escalas del MMPI-A que denotan problemas.

La calificación de Sucesos de vida, se efectúa en dos niveles: cuantitativo y cualitativo. Para la calificación cuantitativa se toma en cuenta cuántos reactivos contestó el adolescente en cada una de las áreas y cuál es el peso que tiene cada uno de acuerdo con los siguientes criterios: (a) Si el suceso es normativo positivo, tiene una calificación de 1; (b) Si el suceso es no normativo positivo tiene una calificación de 2; (c) Si el suceso es normativo negativo, tiene una calificación de 3; y (d) Si el suceso es no normativo negativo, tiene una calificación de 5.

La calificación puede hacerse manualmente (mediante plantillas) o con un programa de cómputo, obteniéndose con ello un perfil donde se grafica la calificación de cada una de las áreas de acuerdo con el sexo del sujeto; dicha gráfica tiene dos secciones, en la primera aparecen los sucesos positivos y en la segunda los negativos. Una vez obtenida la gráfica hay que observar si entre los sucesos negativos hay un área cuya puntuación esté entre T 65 y T 69, lo cual indicaría que el adolescente ha estado expuesto a más sucesos estresantes de lo esperado y que, por tanto, pudiera estar en riesgo de presentar alguna alteración emocional en el área donde se halla tal elevación; así mismo, si la puntuación T es mayor a 69 tal probabilidad aumenta.

Una vez que se realizó el proceso de calificación cuantitativa, se lleva a cabo la calificación cualitativa, en donde hay que revisar cómo evalúa el sujeto los sucesos negativos, en particular de las áreas que están por arriba del rango esperado de puntuación (T 70 o más); es decir, si los considera buenos, malos o indiferentes desde su perspectiva. Así mismo, a través de una pregunta abierta se puede obtener información sobre algún suceso que los jóvenes hayan vivido y que hayan evaluado como negativo, refiriendo no sólo el evento estresante, sino también, la manera en la que lo enfrentó (¿Qué hiciste cuando alguna de estas situaciones, que consideras malas para ti, te sucedió?).

3. Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA) (Lucio, Barcelata y Durán, 2010).

Los motivos para emplear este instrumento son: a) permite tener una descripción de diversas dimensiones del ambiente del adolescente basada en la descripción que el joven hace de sí mismo, y b) permite evaluar la presencia de algunos indicadores de riesgo de conductas problemáticas en adolescentes de 13 a 18 años.

El Inventario Autodescriptivo del Adolescente, es un autoinforme compuesto por 165 ítems de elección forzosa SI-NO, que puede administrarse de manera individual y grupal, en un tiempo de aplicación de 30 a 35 minutos.

Su importancia reside en la evaluación que se hace de cinco dimensiones o áreas de la vida del adolescente: (1) Familiar (FAM); (2) Social (SOC); (3) Escolar (ESC); (4) Personal (PER); y (5) Salud (SAL). Dentro de las dimensiones del IADA, se exploran diversos factores o subcategorías que contribuyen a ubicar de manera más específica la problemática de los jóvenes.

Los ítems de esta prueba están integrados en dos partes:

Primera Parte: compuesta por 33 ítems denominados *descriptivos*. Estos ítems ayudan a describir e identificar algunos aspectos personales, de la escuela y de la conformación familiar, que forman parte del contexto en el que se encuentra el adolescente.

Segunda Parte: compuesta por 132 ítems que están dirigidos a identificar variables consideradas de *riesgo* para el surgimiento posterior de algún tipo de problemática en la adolescencia, en tanto que ponen en un estado de mayor vulnerabilidad a los jóvenes.

Con relación a las propiedades psicométricas del IADA, se reporta un α de Cronbach total de .90, el cual sugiere un alto grado de consistencia interna del instrumento (Barcelata, Lucio y Durán, 2006; Lucio et al., 2010).

Por otra parte, la validez de contenido se obtuvo mediante el método de Jueces, así como a través de la obtención de índices de kappa entre evaluadores. El 98.14% de los ítems tuvo un acuerdo del 70% o más; el 97.77% de los ítems tuvo un acuerdo de por lo menos el 80%, y el 94.07% de los ítems fueron clasificados dentro de la misma dimensión por el 90% de los jueces. Con relación a la validez discriminante, se aplicó el IADA a dos muestras de adolescentes. Una muestra normativa, conformada tanto por adolescentes estudiantes de nivel medio y medio superior de escuelas públicas, y una muestra clínica de adolescentes que asistían a consulta

externa a servicios psicológicos de instituciones públicas, así como consulta privada. Se llevó a cabo un análisis comparativo entre ambas muestras, para determinar la capacidad del IADA para diferenciar adolescentes con problemas o en riesgo de las poblaciones de no riesgo (normales vs clínicos). Los datos de la comparación entre el grupo normal y el grupo clínico, arrojaron diferencias estadísticamente significativas (“t” de Student), ubicadas en las dimensiones Familiar Social, Personal, y Escolar a nivel de $p < 0.05$.

La calificación puede realizarse mediante lectura óptica o manual. Para la calificación manual se emplean plantillas por área, las cuales permiten calificar todos los reactivos agrupados en cada una de las dimensiones del instrumento. De manera complementaria, existen hojas para graficar el perfil de los adolescentes con relación a cada una de las áreas.

Una vez obtenida la gráfica hay que observar la existencia de puntuaciones por arriba de T 65, las cuales señalarían la presencia de indicadores de riesgo de manifestar alguna alteración emocional o conductas problemáticas en el área donde se halla tal elevación; así mismo, si la puntuación T es mayor a 69 tal probabilidad aumenta.

4. Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes, IRIS (Hernández y Lucio, 2006).

El propósito de emplear este instrumento de tamizaje para la identificación de jóvenes estudiantes que se encuentren en riesgo de presentar conducta suicida, se basa en el hecho de que el IRIS se desarrolló a través de parámetros de evaluación con niños y adolescentes en riesgo suicida; modelos de prevención e intervención en escuelas para adolescentes en riesgo suicida; y viñetas de adolescentes mexicanos con intento (s) de suicidio (Hernández y Lucio, 2003; Lucio, Loza y Durán, 2000). Estos elementos permitieron la elaboración del banco de reactivos que permiten identificar los principales eventos relacionados con este fenómeno en población adolescente mexicana. Así mismo, considero importante emplear instrumentos elaborados en nuestro país con muestras de estudiantes mexicanos, ya que éstos son más representativos que cualquier instrumento elaborado con otro tipo de población y en otros países.

La segunda versión del IRIS, se compone por 50 reactivos (versión extendida) o 24 reactivos (versión corta) en una escala de frecuencia (Sí, todo este tiempo; Casi siempre; Algunas veces; Rara vez; No, nunca) a través de los cuales es posible detectar el riesgo suicida mediante tres subescalas, un índice y tres indicadores:

Subescalas:

- a. **Subescala 1:** Ideación e intencionalidad suicidas.
- b. **Subescala 2:** Depresión y desesperanza.
- c. **Subescala 3:** Ausencia de circunstancias protectoras.

Índice: Índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida.

Indicadores:

- a. Ideación suicida.
- b. Plan (es) suicida (s).
- c. Intento (s) previo (s).

Con relación a las propiedades psicométricas del IRIS, la confiabilidad, obtenida mediante el alfa de Cronbach, reporta una consistencia interna adecuada $\alpha = .95$. Mientras que para la validez, obtenida a través de un análisis factorial con rotación varimax, se reporta un porcentaje de varianza total explicada de 57.6%. Adicionalmente, el IRIS tiene validez concurrente con la escala de ideación suicida del cuestionario de Beck (EBIS) y con la escala de ideación suicida del MMPI-A (Machado, 2005). De acuerdo con lo anterior, es posible señalar que el Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes es un instrumento válido y confiable.

Este instrumento puede aplicarse de forma individual y grupal a adolescentes estudiantes de nivel educativo medio y medio superior, de 12 a 18 años, en un tiempo de aplicación que va de 20 a 30 minutos.

A través del sistema de calificación del IRIS es posible crear distintos grupos o niveles de prioridad. Existen tres reactivos críticos para el caso de ideación, planeación e intento suicida: R25: He pensado en suicidarme; R49: He planeado mi propia muerte; y 50: He intentado quitarme la vida. Para la ideación y planeación suicida, la identificación se hace a partir del valor 3 de la escala (Algunas veces); para el intento suicida, se considera para la identificación desde que reportan un intento, es decir, a partir del valor 2 de la escala (Una vez). Los criterios para delimitar cada grupo o nivel son los siguientes:

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

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

5. Alcohol Use-Disorder Identification Test - AUDIT (Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente y Grant, 1993).

Con la intención de poder evaluar y caracterizar mejor no sólo a los adolescentes en riesgo de suicidio sino también a los resilientes, se administró un instrumento de tamizaje que permitiera identificar problemáticas relacionadas con el consumo de alcohol en la muestra de estudio.

El AUDIT, Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro, 2001) es un instrumento de tamizaje que permite identificar a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. Fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud como un método de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve.

Este instrumento está conformado por 10 reactivos que evalúan aspectos sobre consumo reciente, síntomas de dependencia y problemas relacionados con el alcohol. Las primeras tres preguntas del cuestionario se refieren a la frecuencia del consumo y las otras siete, a los trastornos causados por el alcohol.

Mediante el AUDIT, es posible identificar el nivel de riesgo de consumo de los adolescentes, así como sugerir un tipo de tratamiento que va desde ‘Educación sobre el alcohol’ hasta ‘Derivación al especialista’.

Como parte de las ventajas de emplear este instrumento, se encuentran el que es breve y rápido de administrar, se centra en el consumo reciente de alcohol, se ha empleado con diversas subpoblaciones que van desde pacientes de atención primaria hasta estudiantes universitarios, mostrando una adecuada discriminación entre poblaciones clínicas y normativas, además de que cuenta con adecuados niveles de confiabilidad y validez establecidos en diversos estudios de investigación tanto en México como en otros países (Babor, et al. 2001).

6. Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes, CA-A (Lucio, Durán, Heredia y Villarruel, 2010).

Este instrumento a través de sus 45 reactivos presentados en una escala tipo Likert, y una pregunta abierta, permite identificar estrategias de afrontamiento y respuestas involuntarias al estrés en adolescentes. Se adaptó y estandarizó en adolescentes mexicanos, lo cual considero importante para la representatividad de la muestra de este estudio.

Los reactivos que componen este cuestionario, se consideraron con base a las consideraciones teóricas del modelo de afrontamiento de Seiffge-Krenke.

El tiempo de aplicación para este instrumento es de 30 min., y está compuesto por 45 reactivos que se contestan considerando la siguiente escala de frecuencia:

- A. “Nunca lo hago”.
- B. “A veces lo hago”.
- C. “Más o menos lo hago”.
- D. “Frecuentemente lo hago”.
- E. “Es mucho de lo que yo hago”.

Como parte de las respuestas al estrés que se evalúan con el CA-A, éstas se agrupan en 8 estrategias:

1. Respuestas voluntarias comprometidas (control primario y secundario) dirigidas a la solución del problema.
2. Respuestas involuntarias comprometidas (Activación fisiológica).
3. Respuestas involuntarias no comprometidas (Pensamientos intrusivos, rumiación).
4. Afrontamiento voluntario no comprometido (Evitación, pensamiento mágico).
5. Búsqueda de apoyo dentro de la familia.
6. Búsqueda de apoyo en el grupo de pares.
7. Impotencia y conducta autolesiva.
8. Religiosidad y espiritualidad.

Con respecto a las propiedades psicométricas del instrumento CA-A, se reporta un análisis de discriminación de reactivos mediante el contraste con prueba “t” del 25% de los puntajes bajos contra el 25% de los puntajes más altos. Con excepción del reactivo 27, que no tuvo diferencias en los puntajes, los reactivos resultaron significativos con una $p < .001$.

Así mismo, se realizó un análisis factorial exploratorio a través del cual se obtuvo una matriz de 8 Factores por el método de extracción de Factores principales, con rotación Varimax libre, que en suma explican el 54.5% de la varianza total. Posteriormente, se hizo el análisis factorial confirmatorio. Los factores en su totalidad puntuaron con una carga mayor a .40. La confiabilidad se obtuvo por el método de Consistencia interna, a través del coeficiente Alpha de Cronbach, obteniendo un $\alpha = .89$ en la escala total, con valores que oscilaron entre .51 y .88 en los distintos factores. De manera general, se puede considerar que el instrumento tiene propiedades psicométricas satisfactorias.

Procedimiento

Se acudió a una institución educativa de nivel medio superior con la finalidad de obtener permiso de las autoridades escolares para realizar la aplicación de los diferentes instrumentos. Mediante una reunión informativa con los directivos y profesores del plantel, se acordó la logística de la aplicación.

La aplicación de los instrumentos fue realizada por psicólogos expertos en recolección de datos. Se llevó a cabo de forma colectiva en los salones de clase, en las fechas y horarios previamente acordados con los directores y profesores de la institución educativa. A los alumnos se les dio una explicación verbal y por escrito acerca del propósito y duración de la evaluación mediante un formato de consentimiento informado en el que se estableció que su participación en el estudio era voluntaria, no anónima y que los datos e información personal proporcionada eran de carácter confidencial.

Al inicio de cada aplicación se les explicó a los alumnos que la finalidad de la evaluación era conocer algunas problemáticas por las que atraviesan jóvenes como ellos, para poder ofrecerles alguna opción de ayuda a aquellos que así lo requirieran. Se les indicó que posteriormente algún miembro del equipo de trabajo se pondría en contacto con ellos para realizar una retroalimentación del proceso de evaluación.

Los cuestionarios se calificaron mediante lectora óptica y el análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 15.0

Análisis estadísticos

En función de los objetivos y de las hipótesis planteadas para esta fase, el análisis de los datos se propuso en dos niveles:

1. Empleo de estadística descriptiva, para conocer la distribución de los datos, a través de la obtención de medidas de tendencia central, de dispersión o variabilidad y análisis de frecuencias.
2. Empleo de estadística inferencial, mediante el uso de:
 - a. Estadística inferencial paramétrica:
 - i. Prueba t para muestras independientes.
 - ii. Coeficiente de correlación de Pearson.
 - iii. Análisis multivariado de varianza (MANOVA).
 - b. Estadística inferencial no paramétrica:
 - i. χ^2 .
 - ii. Regresión Logística.

Resultados

Características sociodemográficas de la muestra general.

La muestra de estudio se conformó por 1,000 adolescentes entre 15 y 17 años de edad ($X = 15.8$, D.E. = .69). El 43% fueron hombres y el 57% mujeres; 53% cursaba el 2° semestre y 47% el 4°. El 63% asistía al turno matutino y el 37% al vespertino.

La mayoría de los jóvenes presentaron una configuración familiar de tipo nuclear, es decir, viven con ambos padres y tienen entre uno y dos hermanos. Con respecto a la configuración de tipo monoparental la mayor parte de las familias, tanto en hombres como en mujeres, viven únicamente con la madre (Tabla 1).

Tabla 1. Configuración familiar de la muestra (N = 1,000)

	Hombres	Mujeres	Total
Vivo con padre y madre	351	462	813
	82%	80.7%	81.3%
Vivo solo con madre	52	77	129
	12.1%	13.5%	12.9%
Vivo solo con padre	16	23	39
	3.7%	4.0%	3.9%
Con ninguno de los dos	9	10	19
	2.1%	1.8%	1.9%
Total	428	572	1000
	42.8%	57.2%	100.0%

Alrededor del 30% de los padres de familia completaron los estudios de nivel medio y medio superior. En ambos padres el nivel de posgrado es el que obtiene porcentajes más bajos (Tabla 2).

Tabla 2. Escolaridad de los padres

	Padre	Madre
	%	%
No estudió	0.9	1.4
Primaria	13.7	19.6
Secundaria	27.6	30.7
Bachillerato	30.6	29.5
Licenciatura	18.0	15.2
Posgrado	4.3	2.6
No sé/No lo conocí	4.8	0.9

Con respecto a la ocupación del padre (Fig. 1) los jóvenes indican que el 46% de ellos son empleados, 21% tiene un negocio propio, 12% realiza actividades vinculadas con su profesión, 10% son obreros o campesinos y el resto tiene un trabajo eventual (4.3%), o está desempleado (2%).

Mientras que en el caso de las madres (Fig. 2), el 50% son amas de casa, 23% son empleadas u obreras, 11% tiene un negocio propio, un porcentaje similar (10.6%) realiza actividades vinculadas con su profesión y el resto son trabajadoras domésticas (3%) o están desempleadas (2%).

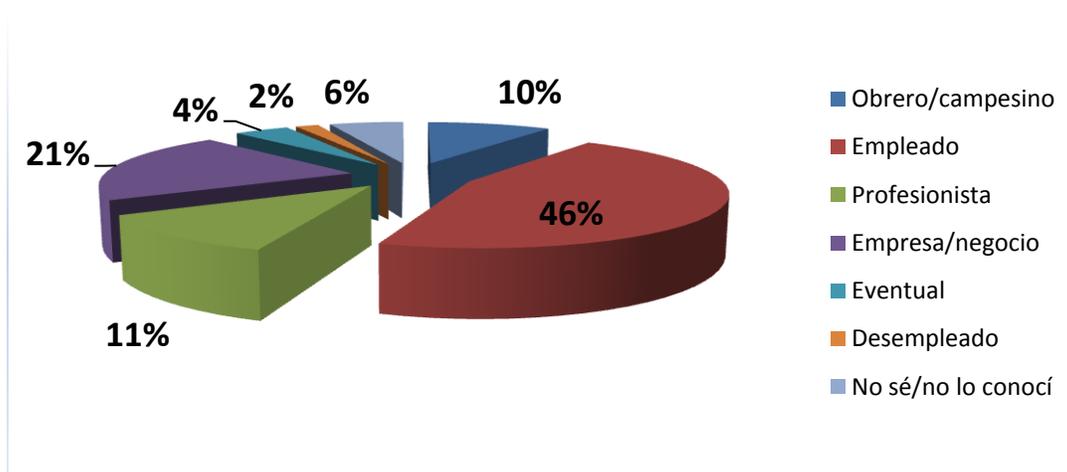


Figura 1. Ocupación del Padre

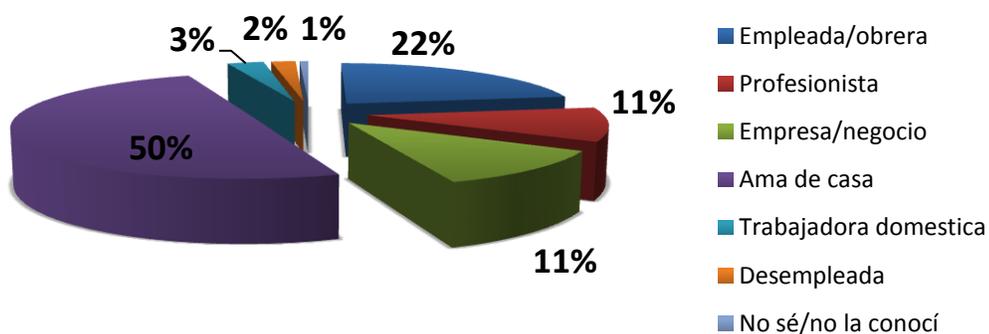


Figura 2. Ocupación de la Madre

Con relación al estado civil de los padres, 70% están casados, 12% vive en unión libre, y entre un 5 y 7% de ellos están separados. El principal sostén económico es el padre, en el 54% de los casos, seguido de ambos padres (26%) y en menor proporción lo es la madre únicamente (17%).

En función del dinero con el que cuentan para gastar diariamente, el 27% de los jóvenes tiene entre \$11 a \$20; el 56% tiene de \$21 a \$50 pesos; el 9% dispone de \$51 a \$80 pesos; el 1.6% tiene entre \$81 a 100 pesos, mientras que un 3% no cuenta con dinero para gastar y otro 3% sólo dispone de \$1 a \$10 pesos diarios.

Respecto al tipo de vivienda que habitan los jóvenes y sus familias, el 44% vive en casa propia, 24% en terreno familiar, 22% en departamento y 6% vive en un cuarto o vecindad. El 60% de los jóvenes señala que el tamaño de su vivienda es suficiente y 8% indica que les sobra espacio, sin embargo, un 30% indica que viven algo amontonados, amontonados o muy amontonados.

Al evaluar la relación entre el sexo y el tipo de actividades extraescolares en las que participan o han participado con mayor frecuencia los jóvenes de la muestra, mediante la prueba χ^2 de independencia se obtuvieron diferencias significativas con un tamaño del efecto medio χ^2 [(6, n = 994) = 149.9, $p = .0001$, $V = .38$]. De esta forma, y según los datos presentados en la tabla 3, los hombres realizan más actividades de tipo deportivo que las mujeres, mientras que ellas realizan más actividades sociales o recreativas, culturales y académicas que los hombres. De especial importancia es que el 28% de los jóvenes no realizan ningún tipo de actividad, siendo las mujeres quienes se muestran más inactivas que los hombres.

Tabla 3. Diferencias por sexo de las actividades extraescolares

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	
Deportivas	57.9	20.9	36.7
Sociales o recreativas	3.8	11.8	8.4
Musicales	7.8	9.8	9.0
Culturales	3.3	8.6	6.3
Religiosas	1.4	3.0	2.3
Académicas	6.4	11.1	9.1
Ninguna actividad	19.5	34.8	28.3

Sucesos de vida estresantes (SVE)

Se evaluaron las diferencias de acuerdo al sexo mediante una prueba t de Student para muestras independientes. Como se muestra en la tabla 4, los resultados indican que en el área de logros y fracasos los hombres informan más estresores que las mujeres, mientras que en el área escolar las mujeres manifiestan más estrés que los hombres.

Tabla 4. Sucesos de vida estresantes en la muestra general.

Áreas de sucesos	Hombres		Mujeres		<i>t</i>
	<i>X</i>	DE	<i>X</i>	DE	
Familiar	52.2	11.7	52.4	12.2	-0.29
Social	52.3	11.0	53.4	11.7	-1.48
Logros y Fracasos	53.4	13.1	50.5	11.0	3.64***
Salud	51.9	11.5	52.3	11.5	-0.62
Personal	52.8	11.4	52.5	12.3	0.37
Problemas de conducta	48.9	9.3	48.9	9.9	-0.03
Escolar	48.3	9.6	50.3	11.2	-3.10**

** $p < .01$ *** $p \leq .001$

Se realizó un análisis multivariante de varianza (MANOVA) entre grupos para investigar las diferencias por edad y sexo en las áreas de sucesos estresantes.

De acuerdo con las pruebas multivariadas existen diferencias significativas entre el sexo y los sucesos estresantes [$F(7, 988) = 5.01, p = .0001$; Traza de Pillai = .034; $\eta^2 = .03$]. Así como entre los grupos de edad y los sucesos estresantes $F(14, 1978) = 2.89, p = .0001$; Traza de Pillai = .040; $\eta^2 = .02$.

Se determinó en qué áreas de sucesos estresantes se encuentran las diferencias obtenidas por sexo y grupo de edad (Tablas 5 y 6). Para reducir la probabilidad de cometer un Error de tipo I (encontrar un resultado significativo cuando no lo hay) se estableció, mediante el ajuste de Bonferroni, un mayor nivel de significancia para evaluar las diferencias ($p \leq .007$).

De la interacción entre el sexo y los sucesos estresantes (Tabla 5) las principales diferencias ($p < .007$) se presentan en el área de logros y fracasos, que de acuerdo con las puntuaciones de las

medias marginales estimadas, los hombres presentan mayores niveles de estrés ($M = 53.85$, $DE = .62$) que las mujeres ($M = 50.54$, $DE = .55$).

Tabla 5. Efectos de interacción inter-sujetos en función del sexo

Áreas de sucesos estresantes	Sexo			
	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	η^2
Familiar	.01	1	.900	.000
Social	.91	1	.340	.001
Logros y Fracasos	15.85	1	.000	.016
Salud	.16	1	.690	.000
Personal	.64	1	.424	.001
Problemas de conducta	.19	1	.658	.000
Escolar	4.72	1	.030	.005

Por lo que respecta a los grupos de edad (Tabla 6) estos difieren entre sí en los sucesos estresantes vividos en el área escolar ($p \leq .007$). Se realizó una prueba post hoc de Bonferroni para determinar entre qué grupo de edad se encuentran las diferencias entre las medias específicas.

Tabla 6. Efectos de interacción inter-sujetos en función de la edad

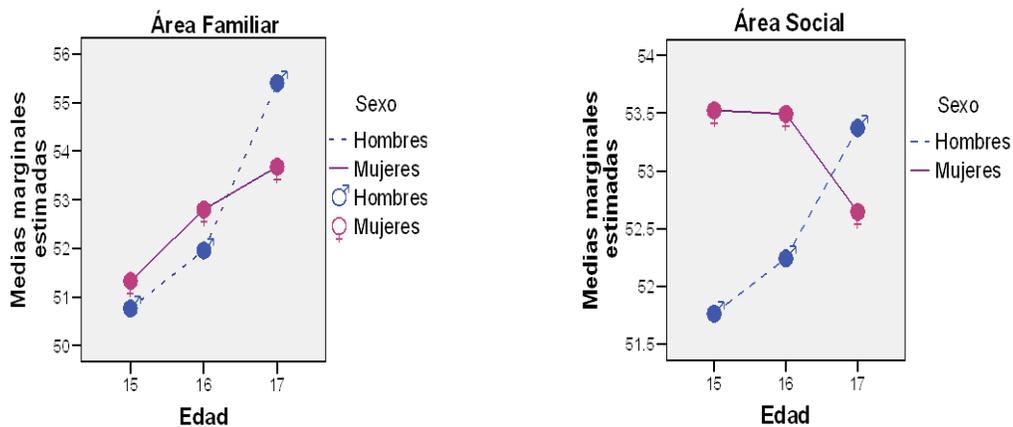
Áreas de sucesos estresantes	Grupos de edad			
	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	η^2
Familiar	4.82	2	.008	.010
Social	.06	2	.936	.000
Logros y Fracasos	3.88	2	.021	.008
Salud	4.77	2	.009	.009
Personal	1.85	2	.157	.004
Problemas de conducta	.84	2	.433	.002
Escolar	11.72	2	.000	.023

En la tabla 7 y la Fig. 3, se observa que existe un incremento de los sucesos estresantes vividos en el área escolar de los 15 a los 16 años y de los 15 a los 17 años. De manera similar, se observa un aumento significativo de los sucesos estresantes vividos en las áreas familiar, de logros y fracasos, y salud de los 15 a los 17 años.

Tabla 7. Diferencia entre medias por grupos de edad

Áreas de sucesos estresantes	Grupos de Edad		
	15-16	15-17	16-17
Familiar	-1.36	-3.40***	-2.05
Social	-.18	-.21	-.02
Logros y Fracasos	-1.59	-3.20**	-1.62
Salud	-1.40	-3.18**	-1.77
Personal	.64	-2.15	-1.51
Problemas de conducta	-.07	-.93	-1.00
Escolar	-3.15***	-3.47***	-.32

* $p \leq .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$



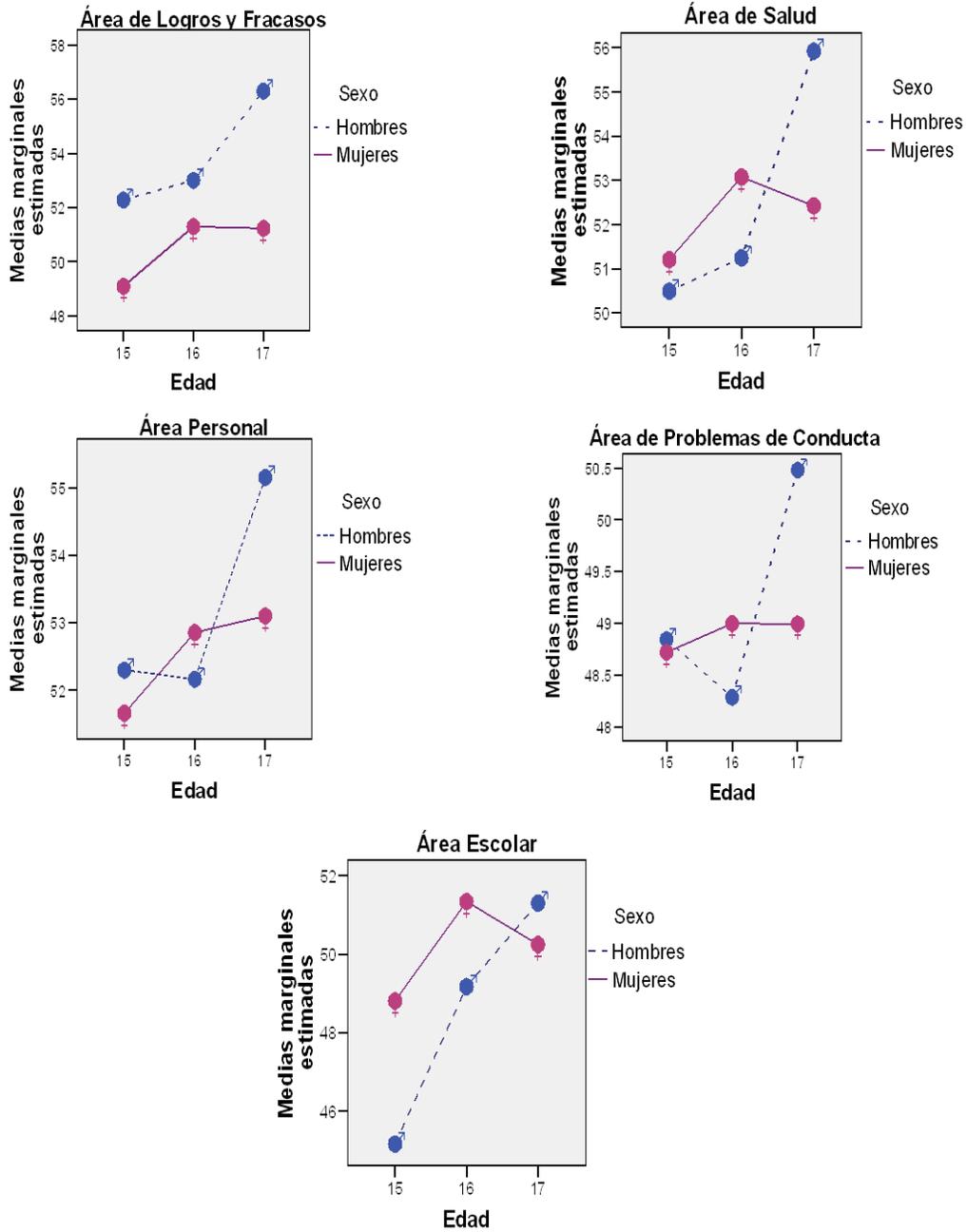


Fig. 3. Perfiles de la interacción entre sucesos estresantes por edad y sexo

Riesgo de suicidio (IRIS)

De acuerdo con la información presentada en la tabla 8, de la muestra general el 70% de los jóvenes no reportó riesgo de suicidio. No obstante, el 30% restante presentó algún tipo de riesgo o prioridad suicida y se distribuye de la siguiente forma: 9 alumnos se ubicaron en un nivel de riesgo alto, lo cual indica la presencia de ideación, planeación e intento (s) previo (s) de suicidio; 63 presentaron riesgo por intento; 28 riesgo por ideación; y 231 se ubicaron en un nivel de riesgo por malestar emocional asociado suicidio (presencia de sentimientos de tristeza y desesperanza).

Al determinar la relación entre la conducta suicida y el sexo mediante un χ^2 de independencia, se concluye que la proporción de mujeres que presentan riesgo por intento de suicidio y por malestar emocional asociado al suicidio es significativamente diferente a la proporción de hombres con estos riesgos ($\chi^2 [4, n = 1,000] = 24.73, p = .0001, V = .16$).

Tabla 8. Niveles de riesgo o prioridad suicida del IRIS

	Hombres	Mujeres	Total
Sin riesgo	320 74.8%	349 61.0%	669 66.9%
Riesgo alto	2 0.5%	7 1.2%	9 0.9%
Riesgo por intento (s)	15 3.5%	48 8.4%	63 6.3%
Riesgo por ideación	12 2.8%	16 2.8%	28 2.8%
Riesgo por malestar emocional	79 18.5%	152 26.6%	231 23.1%
Total	428	572	1,000

Por otra parte, se analizaron por separado los reactivos críticos del IRIS con la finalidad de determinar la prevalencia de la conducta suicida en la muestra general.

Respecto a la ideación suicida (Tablas 9 y 10) el 6.5% de los jóvenes señalaron que han pensado en suicidarse con una frecuencia de “algunas veces” a “todo este tiempo”. Siendo la prevalencia mayor en las mujeres (.86%) que en los hombres (.37%).

Tabla 9. Frecuencia de la ideación suicida

He pensado en suicidarme	Hombres	Mujeres	Total
No, nunca	376 87.9%	431 75.3%	807 80.7%
Rara vez	36 8.4%	92 16.1%	128 12.8%
Algunas veces	12 2.8%	41 7.2%	53 5.3%
Casi siempre	4 0.9%	3 0.5%	7 0.7%
Si, todo este tiempo	0 0%	5 0.9%	5 0.5%
Total	428 42.8%	572 57.2%	1000 100.0%

Tabla 10. Prevalencia de la ideación suicida

	Hombres	Mujeres	Total
Casos	16	49	65
No casos	412	523	935
Total	428	572	1000
Prevalencia del riesgo	0.037	0.086	0.065

Para la planeación suicida (Tablas 11 y 12) el 5.7% de la muestra total de jóvenes contestó que ha planeado su propia muerte de “algunas veces” a “todo este tiempo”. Donde la prevalencia, al igual que en la ideación, es mayor en las mujeres (.74%) que en los hombres (.35%).

Tabla 11. Frecuencia de la planeación suicida

He planeado mi propia muerte	Hombres	Mujeres	Total
No, nunca	377 88.1%	478 83.5%	855 85.5%
Rara vez	32 7.5%	51 8.9%	83 8.3%
Algunas veces	12 2.8%	24 4.2%	36 3.6%
Casi siempre	1 0.2%	13 2.3%	14 1.4%
Si, todo este tiempo	2 0.5%	5 0.9%	7 0.7%
No contestó	4 0.9%	1 0.2%	5 0.5%
Total	428 42.8%	572 57.2%	1000 100.0%

Tabla 12. Prevalencia de la planeación suicida

	Hombres	Mujeres	Total
Casos	15	42	57
No casos	410	528	938
Total	425	570	995
Prevalencia del riesgo	0.0352	0.074	0.057

Finalmente, con respecto al intento de suicidio (Tablas 13 y 14) el 7.3% de los jóvenes manifestó haber intentado quitarse la vida de “una vez” a “cuatro veces o más”. Siendo las mujeres (.98%) las que presentan una prevalencia mayor a la de los hombres (.4%).

Tabla 13. Frecuencia del intento suicida

He intentado quitarme la vida	Hombres	Mujeres	Total
No, nunca	403	505	908
	93.9%	88.4%	90.8%
Si, una vez lo intenté	16	37	53
	3.7%	6.5%	5.3%
Sí, dos veces lo he intentado	0	9	9
	0%	1.58%	0.90%
Sí, tres veces lo he intentado	1	3	4
	0.2%	0.5%	0.4%
Si, cuatro veces o más	0	6	6
	0.0%	1.1%	0.6%
No contestó	8	12	20
	2.1%	1.9%	2.0%
Total	428	572	1000
	42.8%	57.2%	100.0%

Tabla 14. Prevalencia del intento suicida

	Hombres	Mujeres	Total
Casos	17	55	72
No casos	403	505	908
Total	420	560	980
Prevalencia del riesgo	0.04	0.098	0.073

En respuesta al quinto objetivo de esta fase, que consiste en evaluar la relación entre los sucesos de vida estresantes y el riesgo suicida en la muestra general, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson; mediante el cual se determinó la existencia de una relación positiva pequeña entre el total de sucesos estresantes y los indicadores de conducta suicida, es decir, a mayor número de sucesos estresantes vividos, mayor riesgo de ideación suicida ($r = .29$, $N = 1,000$, $p < .001$); planeación ($r = .26$, $N = 1,000$, $p < .001$); e intento de suicidio ($r = .29$, $N = 1,000$, $p < .001$). Estos datos deben interpretarse con cuidado dado que las correlaciones a pesar de ser significativas son bajas, posiblemente debido a la influencia del tamaño de la muestra.

Por otro lado, se empleó un análisis de regresión logística para evaluar el impacto que diversos factores tienen en la probabilidad de que los adolescentes puedan presentar riesgo de suicidio. El modelo para el riesgo de intento de suicidio incluyó seis variables independientes: sucesos positivos, sucesos negativos, sexo, edad, ideación y planeación suicida. El modelo completo fue estadísticamente significativo ($\chi^2 [6, N = 1,000] = 205.68$, $p < .001$) lo cual indica que logró distinguir entre los adolescentes que han y los que no han intentado suicidarse; explicó entre el 18.6% (R^2 de Cox y Snell) y el 46% (R^2 de Nagelkerke) de la varianza; y clasificó correctamente al 94.6% de los casos.

Tres de las variables independientes contribuyeron significativamente al modelo: los sucesos negativos, la ideación y la planeación suicida (Tabla 14). No obstante, los predictores más fuertes para el intento de suicidio fueron la ideación (OR = 4.61) y la planeación suicida (OR = 1.6). Lo cual indica que el riesgo de intentar suicidarse es casi cinco veces mayor entre los jóvenes que reportaron ideación suicida que entre aquellos que no la reportaron y es casi dos veces mayor para los que señalaron haber planeado su propia muerte.

Tabla 14. Regresión Logística para el riesgo de intento suicida

	<i>B</i>	DE	Wald	<i>gl</i>	<i>p</i>	Odds Ratio	IC. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Sucesos Positivos	-0.01	0.03	0.15	1	0.696	1.011	0.956	1.070
Sucesos Negativos	0.01	0.01	3.90	1	0.048	1.011	1.000	1.022
Sexo	-0.58	0.35	2.72	1	0.099	0.562	0.283	1.115
Edad	-0.03	0.24	0.01	1	0.906	0.972	0.608	1.555
Ideación suicida	1.53	0.22	50.44	1	0.000	4.613	3.025	7.035
Planeación suicida	0.50	0.15	11.10	1	0.001	1.645	1.227	2.204
Constante	-6.10	3.82	2.55	1	0.111	0.002		

Fase II: Identificación y caracterización de dos grupos de adolescentes en riesgo: resilientes y no resilientes ante el suicidio

Justificación

Desde la óptica de la resiliencia, la presencia de sucesos negativos o adversidades en la vida de los jóvenes no siempre resulta en consecuencias negativas, por el contrario, puede indicar crecimiento e inclusive buena adaptación. Bajo esta perspectiva, las crisis son vistas como oportunidades de mejoría que, implican el desarrollo y fortalecimiento de factores que activan el potencial humano para superar las dificultades y a su vez salir fortalecidos de ellas (Rutter, 1988).

En función de los factores protectores en el estudio de la resiliencia, Garmezy (1991) los clasificó como factores internos y factores externos. De acuerdo con lo cual, en la presente investigación se hace alusión a los factores internos, es decir, a las características o atributos personales de los sujetos que intervienen como factores protectores ante la adversidad (como temperamento, autocontrol, autoestima, entre otros).

De esta forma, considerando la aproximación al estudio de la resiliencia centrada en las variables en las personas (Masten y Obradovic, 2006) se planteó la segunda fase de esta investigación. A través de la cual, se propuso la identificación y comparación de dos grupos de jóvenes en riesgo que tuvieran niveles similares de estrés o adversidad, pero que manifestaran resultados notablemente distintos en su adaptación (ausencia de psicopatología).

Con relación a lo anterior, se planteó que aquellos adolescentes que estuvieran expuestos a diversos sucesos de vida estresantes y que no presentaran riesgo suicida, se caracterizarían por tener atributos personales vinculados con la resiliencia ante la conducta suicida.

Objetivo general

Identificar indicadores personales de resiliencia en dos grupos de adolescentes en riesgo.

Objetivos específicos

1. Identificar, de la muestra general, dos grupos de jóvenes en riesgo:
 - a. Grupo 1 (Jóvenes resilientes). Identificados como aquellos adolescentes con niveles de estrés $T > 65$ en el Cuestionario de Sucesos de Vida, pero sin indicadores de conducta suicida en el IRIS.

- b. Grupo 2 (Jóvenes no resilientes). Identificados como aquellos adolescentes con niveles de estrés $T > 65$ en el Cuestionario de Sucesos de Vida y que además tuvieron indicadores de conducta suicida (ideación, planeación e intento suicida) en el IRIS.
2. Caracterizar a los dos grupos de jóvenes en riesgo, mediante:
 - a. Los datos sociodemográficos.
 - b. Los sucesos de vida estresantes.
 - c. El nivel del riesgo de conducta suicida en la submuestra de jóvenes no resilientes, analizado mediante la prevalencia en la ideación, planeación e intento suicida.
 - d. Los atributos personales de los dos grupos, bajo los rubros de estrategias de afrontamiento, rasgos de personalidad y logros en las tareas del desarrollo.
 3. Comparar los atributos personales de los dos grupos de jóvenes en riesgo.

Hipótesis de trabajo

Los jóvenes que se encuentren en una situación de riesgo por tener sucesos de vida estresantes, pero que no presenten ideación, planeación e intento suicida, tendrán atributos personales que los hacen resilientes a la conducta suicida.

Hipótesis conceptuales.

- a. La resiliencia se centra en las variaciones individuales en respuesta a experiencias de vida similares (Rutter, 2006).
- b. La resiliencia evaluada como una consecuencia positiva, incluye ausencia de psicopatología, competencias sociales, autoestima alta, logros académicos y éxitos en las tareas del desarrollo propias de la edad, a pesar de la exposición al riesgo (Masten, Hubbard, Gest et al., 1999).
- c. La resiliencia es inferencial por excelencia (Luthar, comunicación personal, 23 de julio, 2008) y por definición incluye procesos atípicos, en donde la adaptación positiva se manifiesta en circunstancias de vida que normalmente conducen a la desadaptación (Luthar, 2006).

Hipótesis estadísticas

H_0 = No hay diferencia en los atributos personales entre los dos grupos de jóvenes en riesgo.

H_1 = Sí hay diferencia en los atributos personales entre los dos grupos de jóvenes en riesgo.

Identificación de variables

Variables atributivas.

1. Los indicadores personales relacionados con los patrones de resiliencia en los jóvenes en riesgo, se evaluaron a través de los siguientes atributos:
 - a. Estrategias de afrontamiento.
 - b. Rasgos de personalidad.
 - c. Logros en las tareas del desarrollo.

Definición conceptual de las variables.

1. **Atributos personales.** Se refieren a las características disposicionales y constitucionales de los niños y adolescentes, que resaltan las diferencias individuales (Garmezy, 1991).

Bajo esta investigación se plantea que los atributos personales o factores internos vinculados con la resiliencia en adolescentes en riesgo, están relacionados con tener: a) estrategias de afrontamiento funcionales, b) logros en las tareas del desarrollo, y c) rasgos de personalidad específicos, que median los eventos estresantes y que conducen a la adaptación. A continuación se definen dichas variables conceptualmente:

- a. **Estrategias de afrontamiento funcionales.** El afrontamiento funcional se refiere a los esfuerzos para manejar el problema, ya sea por la búsqueda activa de apoyo, realizar acciones concretas o reflexionar sobre las posibles soluciones. Incluye el afrontamiento activo y el afrontamiento interno, contiene actividades como la búsqueda de información y pedir consejo, y destaca la evaluación que los adolescentes hacen de la situación (Seiffge-Krenke, 1993).

En este estudio, las estrategias de afrontamiento funcionales se identificaron como aquellas que les permitan a los jóvenes mostrar patrones de adaptación positiva ante los diversos sucesos de vida negativos a los que se enfrentan.

- b. **Rasgos de personalidad.** Se refieren a las tendencias y disposiciones más o menos estables y descontextualizadas de los individuos, para interpretar e interactuar con el mundo de una forma idiosincrática (Demetriou, 2000). Los rasgos de la personalidad son atributos personales estables, los cuales se pueden dividir en dos categorías: rasgos

generales y rasgos específicos de auto-referencia (Matthews, Schwean, Campbell, Saklofske et al., 2000).

De acuerdo con lo anterior, como parte de los atributos de personalidad que se analizaron en los jóvenes con patrones resilientes en este estudio, se encuentran: la ausencia de psicopatología, tener un autoconcepto y autoestima positiva; ser extrovertidos; así como mostrar control de impulsos.

- c. **Tareas del desarrollo en la adolescencia.** Se refiere a las habilidades y respuestas que se requieren en esta etapa del desarrollo humano. Dentro de las tareas que deben lograrse en esta etapa se encuentran: establecer relaciones con el sexo opuesto, tener una preparación profesional, lograr un grado de autonomía e independencia de los padres, adquirir más responsabilidades, y formar una identidad mediante la creación de un yo integrado que combine de manera armoniosa los diferentes elementos de la personalidad (Achenbach, 1982; Archer, 2005; Craig, 1997).

En función de los objetivos de este estudio, algunas de las tareas del desarrollo que se evaluaron, estuvieron relacionadas con el hecho de que los jóvenes mostraran madurez del yo; vínculos emocionales con otras personas; relaciones interpersonales adecuadas (hacer y mantener amistades cercanas); tener logros y éxito en lo que hacen; aspiraciones académicas y participación en diferentes actividades escolares; así como tener planes a futuro.

Definición operacional de las variables.

1. Se identificaron los factores internos o atributos personales de los adolescentes vinculados con los patrones de conducta resiliente ante el riesgo de suicidio, mediante:
 - a. El uso de estrategias de afrontamiento funcionales, evaluadas con las respuestas dadas al Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes CA-A (Lucio et al., 2010) que permite identificar estrategias de afrontamiento y respuestas involuntarias al estrés en adolescentes;
 - b. La ausencia de psicopatología, determinada mediante la ausencia de elevaciones $T > 65$ en las escalas clínicas, de contenido y suplementarias del MMPI-A (Lucio et al., 2004). Así mismo, se identificarán algunas características de personalidad como la autoestima y la habilidad para establecer relaciones interpersonales, a través de puntuaciones bajas en la

escala de Baja autoestima-adolescentes (BAE-A) y en la escala de Incomodidad en situaciones sociales-adolescentes (ISO-A).

- c. La detección de logros en las tareas del desarrollo, se evaluaron a través de las puntuaciones bajas en las escalas de Inmadurez-adolescentes (INM-A); Enajenación-adolescentes (ENA-A); y Aspiraciones limitadas-adolescentes (ASL-A) del MMPI-A (Lucio, Ampudia y Durán, 2004).

Muestreo

Población y muestra.

La población incluyó a hombres y mujeres estudiantes de nivel bachillerato de una institución educativa pública de nivel medio superior del Distrito Federal.

La muestra para esta fase, la conformó una submuestra de jóvenes detectados en riesgo por presentar sucesos de vida estresantes y riesgo de suicidio.

Consideraciones éticas.

Los jóvenes de la submuestra de riesgo que presentaron indicadores de conducta suicida (ideación, planeación, intento y malestar asociado al suicidio), fueron canalizados a un taller de reflexión para adolescentes, que se realizó después de la identificación de jóvenes en riesgo. Dicho taller se detalla en la tercera fase de este estudio.

Muestreo.

Se realizó un muestreo de tipo no probabilístico e intencional.

Criterios de selección

Criterios de inclusión.

Los participantes fueron alumnos regulares, entre 15 y 17 años de edad, identificados en riesgo por presentar sucesos de vida estresantes, que contestaron todos los instrumentos de evaluación.

Criterios de exclusión.

Se excluyó a los jóvenes que mostraron un patrón de respuestas variable e incongruente en la pruebas.

Criterios de eliminación.

Se eliminaron de esta fase a los jóvenes que les faltó algún instrumento por contestar, y que por alguna razón los hayan dado de baja en la institución educativa.

Tipo de estudio

Investigación de tipo exploratorio, de campo y transversal.

Diseño de investigación

En esta fase se planteó un diseño simple de dos muestras pareadas.

Instrumentos y/o materiales.

1. Inventario Multifásico de la Personalidad para Adolescentes MMPI-A (Lucio et al., 2004).

Debido a que el MMPI-A es un instrumento diseñado para evaluar diversos tipos de alteraciones psicopatológicas en adolescentes con un rango de edad entre 13 y 18 años, y su principal utilidad es indicar la probabilidad de que el adolescente examinado exhiba ciertas conductas o experimente ciertos problemas, se considera apropiado emplearlo para los fines de la segunda fase de este estudio: caracterizar a los jóvenes en riesgo.

Este instrumento está compuesto por 478 reactivos de auto descripción que se contestan de forma dicotómica (Verdadero o Falso). El tiempo que se emplea para contestarlo es de 1hr. 30 min., aproximadamente.

Mediante las respuestas de los jóvenes, se codifica un perfil (separado para hombres y mujeres) a partir de la conversión de las puntuaciones naturales en puntuaciones T (empleadas para la interpretación).

Una elevación clínicamente significativa se define como una puntuación $T \geq 65$. El rango entre T60 y T64 se considera moderadamente elevado, por lo que se pueden hacer interpretaciones a este nivel.

Las puntuaciones promedio de $T < 55$ en las escalas del instrumento, sugieren que el adolescente no avala los síntomas o problemas de la escala como algo relevante en su autodescripción. Lo anterior puede ser una caracterización precisa o indicar una falta de voluntad para reconocer y admitir los problemas, o bien, puede indicar un desconocimiento de dichos problemas.

En cuanto a valores $T \leq 45$ estos pueden indicar no sólo la ausencia de problemáticas, sino también la presencia de características positivas según la escala que se evalúa (Archer, 2005).

Cabe hacer notar que no todas las características correlacionadas con las escalas podrían aplicarse a un adolescente en particular.

El MMPI-A, incluye seis escalas de validez, diez escalas clínicas, quince escalas de contenido y seis escalas suplementarias, las cuales se mencionan a continuación:

Escalas clínicas del MMPI-A: (1) **Hs** – Hipocondriasis; (2) **D** – Depresión; (3) **Hi** - Histeria; (4) **Dp** – Desviación psicopática; (5) **Mf** – Masculinidad / Femenidad; (6) **Pa** – Paranoia; (7) **Pt** – Psicastenia; (8) **Es** – Esquizofrenia; (9) **Ma** – Hipomanía; y (0) **Is** – Introversión social.

Escalas de contenido del MMPI-A: (a) **ANS-A** Ansiedad; (b) **OBS-A** Obsesividad; (c) **DEP-A** Depresión; (d) **SAU-A** Preocupación por la salud; (e) **ENA-A** Enajenación; (f) **DEL-A** Pensamiento Delirante; (g) **ENJ-A** Enojo; (h) **CIN-A** Cinismo; (i) **PCO-A** Problemas de conducta; (j) **BAE-A** Baja autoestima; (k) **ASL-A** Aspiraciones limitadas; (l) **ISO-A** Incomodidad en situaciones sociales; (m) **FAM-A** Problemas familiares; (n) **ESC-A** Problemas escolares; y (o) **RTR-A** Rechazo al tratamiento.

Escalas suplementarias del MMPI-A: a) **A-A** Ansiedad; b) **R-A** Represión; c) **MAC-A** Alcoholismo de MacAndrew revisada; d) **RPAD** Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas; e) **TPAD** Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas; y f) **INM-A** Inmadurez.

En función de algunos de los objetivos de esta fase, a continuación se describen con mayor detalle las áreas del MMPI-A consideradas para la caracterización de los jóvenes con patrones resilientes.

Escalas de contenido del MMPI-A:

Enajenación-adolescentes (ENA-A). Esta escala está compuesta de 20 reactivos. Los adolescentes con puntuaciones elevadas en esta escala manifiestan una considerable distancia emocional con respecto a los otros. Creen que tienen una vida difícil y que no le importan a nadie, ni nadie los comprende. También piensan que ninguna persona los quiere y que no se pueden llevar con los demás. No hay nadie que los comprenda, incluyendo parientes y amigos cercanos. Sienten que los demás quieren perjudicarlos y que no son amables con ellos. Creen tener menos diversiones que otros adolescentes y que preferirían vivir solos e incluso aislados.

Tienen dificultad para sincerarse con otros y se sienten inhibidos cuando tienen que hablar en grupo. No aprecian las opiniones que les dan los demás, ni creen que los otros puedan tener simpatía hacia ellos, además sienten que la gente obstaculiza sus intentos por superarse.

Baja autoestima-adolescentes (BAE-A). Esta escala está compuesta por 18 reactivos. Los adolescentes con puntuaciones elevadas en esta escala, refieren opiniones muy negativas acerca de sí mismos, incluyendo el sentirse poco atractivos, tener falta de confianza en sí mismos y sentimientos de inutilidad, consideran tener pocas habilidades, muchas fallas y no ser capaces de hacer nada bien. Fácilmente ceden ante las presiones de otros, cambiando de opinión o desistiendo en las discusiones. Tienden a dejar que la gente se haga cargo de los problemas cuando éstos tienen que solucionarse, y no se sienten capaces de planear su propio futuro. Se incomodan cuando los demás dicen cosas agradables acerca de ellos. Estos jóvenes pueden confundirse fácilmente y ser olvidadizos. Así mismo, los sujetos con calificaciones elevadas en esta escala además de tener una visión negativa de sí mismos, tienen un desempeño escolar pobre.

Aspiraciones limitadas-adolescentes (ASL-A). Esta escala está compuesta por 16 reactivos. Los sujetos que tienen puntuaciones altas, indican que no les interesa tener éxito en lo que hacen; que no les gusta estudiar, ni leer para saber algo; prefieren trabajos que les permiten ser descuidados. Informan que les cuesta trabajo empezar algo y que desisten rápidamente cuando algo no les sale bien. Dejan que otras personas resuelvan los problemas y evitan enfrentarse a las dificultades. Creen que los demás obstruyen el que tengan éxito. Los datos obtenidos sustentan el que la escala ASL-A pueda considerarse como medida de pocos logros y participación limitada en las actividades escolares.

Incomodidad en situaciones sociales-adolescentes (ISO-A). Esta escala está compuesta por 24 reactivos. Los jóvenes que presentan puntuaciones elevadas, indican que encuentran muy difícil convivir con otros, que son tímidos y prefieren estar solos. No les gusta tener gente a su alrededor y frecuentemente evitan a los demás. No les gustan las fiestas, bailes, las multitudes ni cualquier otro tipo de reuniones sociales; no hablan a menos que se les hable primero, y las personas comentan que es difícil conocerlos. Así mismo, se ha encontrado que estos jóvenes tienen dificultad para hacer amigos y no les gusta conocer a otras personas. Las conductas relacionadas con la elevación de esta escala, son consistentes con su conceptualización como medida de inconformidad y alejamiento social.

Escalas suplementarias del MMPIA:

Inmadurez-adolescentes (INM-A). Esta escala está compuesta por 43 reactivos y determina el grado en el cual el adolescente refiere conductas, actitudes y percepciones de él mismo y otros que reflejan inmadurez en términos de estilo interpersonal, complejidad cognoscitiva de sí mismo, juicio adecuado y control de impulsos. Los reactivos de la escala INM-A incluyen las siguientes áreas de contenido: (1) orientación hacia el presente en contraste con planes para el futuro, (2) falta de autoconfianza, (3) falta de introspección o insight, (4) falta de desarrollo cognoscitivo, (5) incomodidad en situaciones interpersonales y sociales, alineación y desconfianza, (6) hostilidad y actitudes antisociales, (7) egocentrismo y narcisismo, y (8) externalización de culpa. Las puntuaciones altas en esta escala se asocian con una incidencia alta de dificultades académicas, así como con desobediencia, desafíos y conductas antisociales tanto para hombres como para mujeres.

Materiales.

Se emplearon cuadernillos de preguntas de los instrumentos, hojas de respuesta para lector óptico, lector óptico, hojas blancas, plumas, lápices del no. 2 o 2 ½, gomas, sobres tamaño carta.

Procedimiento

De la muestra general evaluada en la Fase I, se identificó una submuestra de jóvenes en riesgo con relación a los siguientes criterios:

- a. Grupo 1 (Jóvenes resilientes). Identificados como aquellos adolescentes con niveles de estrés $T > 65$ en Cuestionario de Sucesos de Vida, pero sin indicadores de conducta suicida en IRIS.
- b. Grupo 2. (No resilientes). Identificados como aquellos adolescentes con niveles de estrés $T > 65$ en Cuestionario de Sucesos de Vida e indicadores de conducta suicida en IRIS.

Una vez identificados los dos grupos de jóvenes en riesgo y con la finalidad de caracterizarlos en función de sus factores internos o atributos personales, se hizo un seguimiento y se les contactó para aplicarles el MMPI-A. Se obtuvieron los perfiles de los jóvenes resilientes y los no resilientes.

Análisis estadísticos

Todos los análisis estadísticos se realizaron con un nivel de confianza mínimo de 95%, significancia bilateral, mediante el programa estadístico SPSS v15. En función de los objetivos y de las hipótesis planteadas para esta fase, el análisis de los datos se propuso en dos niveles:

1. Empleo de estadística descriptiva: obtención de medidas de tendencia central, de dispersión o variabilidad y análisis de frecuencias.
2. Análisis multivariante. Mediante el análisis discriminante múltiple, se pretende determinar a qué grupo pertenecen los jóvenes en riesgo y predecir la verosimilitud de que una persona pertenezca a cada uno de ellos (grupo 1 y grupo 2). Esta técnica estadística de clasificación y asignación, es de utilidad cuando la muestra puede dividirse en grupos basándose en una variable caracterizada por determinados atributos conocidos (Hair, Anderson, Tatham y Black, 2007).
3. Empleo de estadística inferencial paramétrica, mediante el análisis de la prueba t de Student para muestras independientes, para evaluar si los dos grupos (grupo 1 [jóvenes resilientes] y grupo 2 [jóvenes no resilientes]) difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias. Así mismo, con la finalidad de analizar si los dos grupos difieren entre sí en cuanto a sus medias y varianzas, se empleó un Análisis de Varianza Unidireccional (ANOVA One Way) aunado al empleo de la prueba post-hoc de Scheffé, para determinar en dónde están las diferencias.

Resultados

Clasificación de grupos en riesgo

De acuerdo con el primer objetivo de esta fase, que consiste en identificar de la muestra general (N = 1000) a dos grupos de jóvenes (resilientes y no resilientes ante el suicidio), se realizó una clasificación de niveles de riesgo con base en tres criterios:

- a) Presencia de sucesos de vida estresantes, evaluada mediante puntuaciones $T \geq 65$;
- b) Prioridad o niveles de riesgo de suicidio (1, 2, 3 o 4) evaluada con el IRIS; y
- c) Consumo de sustancias, evaluado mediante el AUDIT.

A partir de estos criterios, se encontraron diversos grupos y subgrupos de riesgo (Tabla 1).

Tabla 1. Grupos de riesgo en la muestra general

NIVEL	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN			TIPO DE RIESGO	N
	SUCESOS ESTRESANTES	IRIS	AUDIT		
1	T ≥ 65 en 2 o más áreas	-----	-----	Riesgo Alto Estrés	67
2	T ≥ 65 en 1 área	-----	-----	Riesgo Medio Estrés	108
3	T ≥ 60 en 1 o 2 áreas	-----	-----	Riesgo Bajo Estrés	83
4	T ≥ 65 en 2 o más áreas	Prioridad 1, 2, 3 o 4	-----	Riesgo Alto Estrés + R. Suicidio	81
			Consumo	Riesgo Alto Estrés + R. Suicidio + Consumo	66
5	T ≥ 65 en 1 área	Prioridad 1, 2, 3 o 4	-----	Riesgo Medio Estrés + R. Suicidio	65
			Consumo	Riesgo Medio Estrés + R. Suicidio + Consumo	12
6	T ≥ 60 en 1 o 2 áreas	Prioridad 1, 2, 3 o 4	-----	Riesgo Bajo Estrés + R. Suicidio	47
			Consumo	Riesgo Bajo Estrés + R. Suicidio + Consumo	18
7	T ≥ 65 en 2 o más áreas	-----	Consumo	Riesgo Alto Estrés + R. Consumo de alcohol	29
8	T > 65 en 1 área	-----	Consumo	Riesgo Medio Estrés + R. Consumo de alcohol	29
9	T ≥ 60 en 1 o 2 áreas	-----	Consumo	Riesgo Bajo Estrés + R. Consumo de alcohol	35
10	-----	T ≥ 60 Prioridad 1-4	----	R. malestar IRIS (Prioridad 4)	42
11	-----	-----	-----	Sin Riesgo	318
				TOTAL	1,000

De especial interés en la distribución del riesgo, es el hecho de que mientras el 32% de los jóvenes no presentan riesgo, el 68% se ubica dentro de algún subgrupo de riesgo por estrés, suicidio y consumo de sustancias.

De acuerdo con la información presentada en la tabla 1, existen diez grupos de riesgo en función de los sucesos estresantes, la conducta suicida y el consumo de alcohol, conformando así

una submuestra de riesgo de $n = 682$ jóvenes, de los cuales el 43% ($n = 291$) son hombres y el 57% ($n = 391$) mujeres; la mitad de ellos pertenecía al segundo semestre y la otra mitad al cuarto; el 59% asistía al turno matutino y el 41% al vespertino.

La división de los jóvenes por grupos y subgrupos se realizó al ver que había más de dos configuraciones de riesgo al considerar las variables de clasificación (sucesos estresantes, conducta suicida y consumo de alcohol). No obstante y de acuerdo con el propósito de este estudio, que consiste en identificar las características y atributos personales de dos grupos de jóvenes con niveles similares de estrés pero con resultados distintos ante el riesgo de suicidio, se consideraron únicamente los siguientes subgrupos para su análisis:

- a. En riesgo alto por estrés, sin riesgo suicida y sin consumo de sustancias (Nivel 1: $n = 67$) “Jóvenes resilientes ante el suicidio”; y
- b. En riesgo alto por estrés y suicidio, sin consumo de sustancias (Nivel 4: $n = 81$) “Jóvenes no resilientes ante el riesgo de suicidio”.

Una vez realizada la clasificación de los grupos de riesgo, se deseaba determinar qué tan adecuadas eran las variables de los instrumentos empleados en la detección de malestar y riesgo en los jóvenes para predecir la pertinencia de los individuos a los dos grupos (resilientes y no resilientes ante el suicidio) de esta forma se realizó un análisis discriminante con la finalidad de confirmar si la clasificación de las sub-muestras de riesgo era correcta al considerar las variables del IADA, Sucesos de vida, CA-A e IRIS.

Previo al cálculo de la función discriminante es necesario probar que las variables incluidas en el modelo se comporten de manera diferente en los dos grupos, para lo cual se calculó el estadístico de Wilks y su probabilidad asociada (Tabla 2). En el caso del IADA, en la mayoría de las variables se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos a excepción de la desaprobación de relaciones, conflictos en el sistema parental, control paterno y materno, disgustos familiares, límites familiares, problemas de salud de los padres, inconsistencia familiar, problemas de relación, rendimiento inadecuado, metas, patrones de consumo de tabaco, alcohol y sustancias, presencia de adicciones, vulnerabilidad al consumo de sustancias, alteraciones del sueño, problemas de salud y alimenticios, y manejo inadecuado del tiempo libre. Para el caso de los sucesos estresantes, las áreas en las que sí se presentan diferencias son la familiar negativa, social positiva, logros y fracasos positivos, personal negativa y escolar

positiva. En las variables de afrontamiento, la mayoría presenta diferencias a excepción de las estrategias de evitación, búsqueda de apoyo en el grupo de pares y religión. Finalmente, se obtuvieron diferencias significativas en todas las variables vinculadas al riesgo de suicidio.

Tabla 2. Prueba de igualdad de las medias de los grupos para IADA, Sucesos, CA-A e IRIS.

	Escala	Lambda de Wilks	F	gl1	gl2	Sig.
Ambiente familiar	IADA	.908	14.803	1	146	.001
Desaprobación paterna	IADA	.840	27.709	1	146	.001
Sentimientos de inseguridad	IADA	.760	46.040	1	146	.001
Susceptibilidad social	IADA	.791	38.541	1	146	.001
Malestar físico	IADA	.793	38.221	1	146	.001
Respuestas fisiológicas	CA-A	.908	14.853	1	146	.001
Rumiación e impulsividad	CA-A	.910	14.407	1	146	.001
Ideación e intencionalidad suicida	IRIS	.723	55.828	1	146	.001
Depresión y desesperanza	IRIS	.666	73.312	1	146	.001
Ausencia de circunstancias protectoras	IRIS	.695	64.000	1	146	.001
Dificultades asociadas al riesgo suicida	IRIS	.576	107.258	1	146	.001
Calidad de las relaciones familiares	IADA	.923	12.121	1	146	.001
Autoconcepto negativo	IADA	.932	10.620	1	146	.001
Área personal sucesos negativos	SUC	.922	12.388	1	146	.001
Desorganización	IADA	.941	9.127	1	146	.003
Hábitos no saludables	IADA	.943	8.820	1	146	.003
Problemas emocionales de los padres	IADA	.948	8.005	1	146	.005
Área social sucesos positivos	SUC	.948	8.044	1	146	.005
Impotencia y conducta autolesiva	CA-A	.947	8.199	1	146	.005
Inadecuación escolar	IADA	.949	7.878	1	146	.006
Problemas interpersonales	IADA	.951	7.483	1	146	.007
Dificultades de aprendizaje	IADA	.951	7.545	1	146	.007
Dificultades familiares	IADA	.952	7.298	1	146	.008
Inconformidad consigo mismo	IADA	.955	6.864	1	146	.010
Conflicto con los hermanos	IADA	.957	6.598	1	146	.011
Relaciones insatisfactorias	IADA	.959	6.305	1	146	.013
Vínculo con los padres	IADA	.963	5.614	1	146	.019
Vulnerabilidad emocional	IADA	.963	5.637	1	146	.019
Pensamiento positivo y búsqueda de solución de problemas	CA-A	.969	4.669	1	146	.032
Insatisfacción escolar	IADA	.970	4.492	1	146	.036
Área familiar sucesos negativos	SUC	.971	4.355	1	146	.039
Imagen corporal	IADA	.972	4.257	1	146	.041
Área escolar sucesos positivos	SUC	.972	4.195	1	146	.042
Búsqueda de apoyo familia	CA-A	.973	4.089	1	146	.045
Logros y fracasos positivos	SUC	.973	3.987	1	146	.048
Presencia de adicciones	IADA	.975	3.724	1	146	.056
Área personal sucesos positivos	SUC	.978	3.264	1	146	.073

Evitación	CA-A	.978	3.231	1	146	.074
Patrones de consumo de tabaco	IADA	.980	2.922	1	146	.090
Logros y fracasos negativos	SUC	.981	2.849	1	146	.094
Metas	IADA	.981	2.827	1	146	.095
Conflictos sistema parental	IADA	.983	2.454	1	146	.119
Patrón de consumo de sustancias	IADA	.984	2.398	1	146	.124
Desaprobación de relaciones	IADA	.985	2.198	1	146	.140
Problemas de salud de los padres	IADA	.985	2.158	1	146	.144
Limites familiares	IADA	.988	1.838	1	146	.177
Problemas de conducta	SUC	.992	1.114	1	146	.293
Problemas de salud	IADA	.993	1.078	1	146	.301
Área escolar sucesos negativos	SUC	.993	1.064	1	146	.304
Patrón de consumo de alcohol	IADA	.994	.888	1	146	.348
Rendimiento inadecuado	IADA	.994	.809	1	146	.370
Área salud sucesos negativos	SUC	.996	.621	1	146	.432
Religión	CA-A	.996	.527	1	146	.469
Disgustos familiares	IADA	.997	.505	1	146	.478
Control paterno	IADA	.997	.468	1	146	.495
Alteraciones del sueño	IADA	.997	.461	1	146	.498
Inconsistencia familiar	IADA	.998	.282	1	146	.596
Control materno	IADA	.998	.256	1	146	.614
Búsqueda apoyo grupo pares	CA-A	.998	.241	1	146	.624
Áreas social sucesos negativos	SUC	.998	.223	1	146	.638
Manejo inadecuado del tiempo libre	IADA	.999	.148	1	146	.701
Área familiar sucesos positivos	SUC	1.000	.064	1	146	.801
Problemas de relación	IADA	1.000	.029	1	146	.865
Área salud sucesos positivos	SUC	1.000	.010	1	146	.921
Vulnerabilidad al consumo de sustancias	IADA	1.000	.002	1	146	.963
Problemas alimenticios	IADA	1.000	.002	1	146	.964

De acuerdo con los resultados obtenidos en la prueba M de Box sobre la igualdad de matrices de varianzas-covarianzas (Tabla 3) la cual contrasta en qué medida las matrices de varianzas-covarianzas para cada uno de los dos grupos de referencia (resilientes y no resilientes) proceden o no de la misma población, se rechazó la hipótesis nula ($F = 1.363$, $p = .001$) y en consecuencia se sostiene que existen diferencias estadísticamente significativas entre las matrices de los grupos. Este resultado sustenta la decisión de emplear el análisis discriminante debido a que las variables introducidas en el modelo se comportan de manera diferente en función del grupo de riesgo.

Tabla 3. Resultados de la prueba M de Box

	M de Box	6008.298
F	Aprox.	1.364
	gl1	2211
	gl2	59604.253
	Sig.	.001

Los resultados más importantes de la función discriminante se presentan en la tabla 4. A partir de que el autovalor (que representa la razón de la suma cuadrática entre grupos y la suma cuadrática intra-grupos) obtuvo un valor positivo, se puede afirmar que la varianza de las puntuaciones discriminantes debida a las diferencias entre los grupos es mayor que aquella debida a las diferencias individuales entre los sujetos. Por su parte, la correlación canónica (que representa la relación que existe entre las puntuaciones discriminantes y los grupos) obtuvo un valor alto (.846) lo cual indica que las variables discriminantes permiten diferenciar entre los grupos. Finalmente, el estadístico λ de Wilks, que expresa la proporción de varianza total de las puntuaciones discriminantes no explicada por las diferencias grupales de riesgo, es sometido a un contraste de hipótesis cuya hipótesis nula defiende la no existencia de diferencias entre las puntuaciones otorgadas a las variables explicativas de los sujetos; por lo que de acuerdo con los resultados obtenidos ($\chi^2 = 142.374$, $p = .000$) se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existen diferencias en las puntuaciones que los jóvenes obtienen en las variables explicativas en función del grupo de riesgo al que pertenecen.

Tabla 4. Autovalor y contraste de hipótesis de la función discriminante

Función	Autovalor	Correlación canónica	Lambda Wilks	χ^2	gl	Sig.
1	2.525(a)	.846	.284	142.374	66	.001

Una vez estimada la función discriminante, es necesario conocer los pesos que cada variable del modelo tienen en dicha función (Tabla 5). Dichos valores nos indican la importancia que cada variable adquiere a la hora de predecir el grupo de pertenencia y deben interpretarse en relación al valor de los centroides que se muestran en la (Tabla 5.1) de acuerdo con lo cual el grupo de jóvenes en riesgo de suicidio tiende a obtener puntuaciones positivas en la función discriminante, mientras que el grupo de resilientes tiende a obtener puntuaciones negativas, sabido esto, la función discriminante nos indica que un incremento en las variables con signo positivo, como

conflictos con los hermanos por ejemplo, hará más probable que los jóvenes obtengan una puntuación positiva y con ello, indicará que se ajustan al patrón de los jóvenes en riesgo de suicidio. Por el contrario, una puntuación por debajo de la media en esta variable, será característico de los jóvenes resilientes. En cuanto a las variables con signo negativo, por ejemplo *calidad en las relaciones familiares*, un valor por encima de la media hará disminuir la puntuación discriminante (dado que el signo es negativo) y será más característico de los jóvenes resilientes y viceversa, una puntuación en la *calidad en las relaciones familiares* por debajo de la media, aumentará las posibilidades de que el joven sea clasificado como en riesgo de suicidio. De esta forma, se podría afirmar que los jóvenes en riesgo de suicidio tienen mayores conflictos con los hermanos y menor calidad en sus relaciones familiares, siguiendo con el ejemplo anterior.

Tabla 5. Coeficientes estandarizados de la función canónica discriminante

	Peso
IADA	
Ambiente familiar	-.019
Calidad en las relaciones familiares	-.042
Dificultades familiares	-.056
Problemas emocionales de los padres	-.199
Vínculo con los padres	.004
Conflicto con los hermanos	.100
Desaprobación paterna	.373
Problemas interpersonales	-.299
Relaciones insatisfactorias	.008
Dificultades de aprendizaje	-.289
Inadecuación escolar	.329
Insatisfacción escolar	.134
Sentimientos de inseguridad	.145
Susceptibilidad social	.304
Autoconcepto negativo	.462
Vulnerabilidad emocional	.215
Imagen corporal	-.066
Desorganización	.138
Inconformidad consigo mismo	-.165
Malestar físico	.459
Hábitos no saludables	-.186
SUCESOS DE VIDA	
Área familiar sucesos negativos	-.140
Área social sucesos positivos	.030
Logros y fracasos positivos	-.184
Área personal sucesos negativos	-.025
Área escolar sucesos positivos	-.225

CA-A	
Pensamiento positivo y búsqueda de solución de problemas	-.126
Respuestas fisiológicas	-.118
Rumiación e impulsividad	.033
Búsqueda de apoyo familia	.275
Impotencia y conducta autolesiva	.001
IRIS	
Ideación e intencionalidad suicida	.462
Depresión y desesperanza	-.083
Ausencia de circunstancias protectoras	.580
Índice de dificultades asociadas al riesgo suicida	.422

Nota: para una interpretación adecuada de la función canónica es necesario considerar las variables que fueron significativas en el estadístico de λ .

Tabla 5.1 Funciones en los centroides de los grupos

Grupos	Función 1
Riesgo de suicidio	1.435
Resilientes	-1.735

Por otra parte, la matriz de estructura (Tabla 6) nos proporciona una forma alternativa de expresar la relación entre cada variable explicativa y los valores de la función discriminante, se observa que el índice de dificultades asociadas al riesgo suicida (.539) es la variable que guarda mayor relación lineal y la vulnerabilidad al consumo de sustancias y los problemas alimenticios (.002) son las que menos.

Tabla 6. Matriz de estructura de la función discriminante

	Función
Índice de dificultades asociadas al riesgo suicida	.539
Depresión y desesperanza	.446
Ausencia de circunstancias protectoras	.417
Ideación e intencionalidad suicida	.389
Sentimientos de inseguridad	.353
Susceptibilidad social	.323
Malestar físico	.322
Desaprobación paterna	.274
Respuestas fisiológicas	.201
Ambiente familiar	.200
Rumiación e impulsividad	.198
Área personal negativa	.183

Calidad de las relaciones familiares	.181
Autoconcepto negativo	.170
Desorganización	.157
Hábitos no saludables	.155
Impotencia y conducta autolesiva	.149
Área social positiva	-.148
Problemas emocionales de los padres	.147
Inadecuación escolar	.146
Dificultades de aprendizaje	.143
Problemas interpersonales	.142
Dificultades familiares	.141
Inconformidad consigo mismo	.136
Conflicto con los hermanos	.134
Relaciones insatisfactorias	.131
Vulnerabilidad emocional	.124
Vínculo con los padres	.123
Pensamiento positivo y solución de problemas	-.113
Insatisfacción escolar	.110
Área familiar negativa	.109
Imagen corporal	.107
Área escolar positiva	-.107
Búsqueda de apoyo en la familia	-.105
Logros y fracasos positivos	-.104
Presencia de adicciones	-.101
Área personal positiva	-.094
Evitación	.094
Patrones de consumo de tabaco	-.089
Logros y fracasos negativos	.088
Metas	.088
Conflictos sistema parental	.082
Patrón de consumo de sustancias	-.081
Desaprobación de relaciones	.077
Problemas de salud de los padres	.077
Limites familiares	.071
Problemas de conducta	-.055
Problemas de salud	.054
Área escolar negativa	-.054
Patrón de consumo de alcohol	-.049
Rendimiento inadecuado	.047
Área salud negativo	-.041
Religión	-.038
Disgustos familiares	.037
Control paterno	-.036
Alteraciones del sueño	.035
Inconsistencia familiar	.028
Control materno	.026
Búsqueda de apoyo con el grupo de pares	-.026

Área social negativo	.025
Manejo inadecuado del tiempo libre	.020
Área familiar positiva	-.013
Problemas de relación	.009
Área salud positiva	.005
Vulnerabilidad al consumo de sustancias	.002
Problemas alimenticios	.002

Nota: Variables ordenadas por el tamaño de la correlación con la función.

Finalmente, se presenta la tabla de resumen de clasificación de los casos (Tabla 7) basada en el Teorema de Bayes, el cual combina el uso de la probabilidad previa (probabilidad de que una persona pertenezca a un grupo si no hay ninguna información disponible) y de la probabilidad condicional (probabilidad de una puntuación discriminante de aparecer en un grupo y en el otro), para obtener una probabilidad a posteriori o probabilidad de que una persona de la muestra, dada una puntuación discriminante, pertenezca a un grupo o a otro.

Tabla 7. Resultados de la clasificación del análisis discriminante para la predicción de pertenencia al grupo de acuerdo con las variables del IADA, SUCESOS, CA-A e IRIS.

		Grupo de pertenencia pronosticado		
		Riesgo de suicidio	Resilientes	Total
Recuento	Riesgo de suicidio	76	5	81
	Resilientes	4	63	67
%	Riesgo de suicidio	93.8	6.2	100.0
	Resilientes	6.0	94.0	100.0

Tal como se aprecia en la tabla 7, la función discriminante permite agrupar correctamente al 94% de los casos. No obstante, un 6.2% de los alumnos que pertenecen al grupo de los de riesgo de suicidio se clasifican mal mediante el análisis discriminante, y de igual manera, un 6% de los casos resilientes se clasifican dentro del grupo de los no resilientes.

Derivado de la identificación y clasificación de los dos grupos de jóvenes (resilientes y no resilientes ante el riesgo de suicidio); y de acuerdo con el segundo objetivo de esta fase, se realizó la caracterización de dichos grupos en función de sus características sociodemográficas, nivel de estrés, de riesgo suicida, estrategias de afrontamiento y características de personalidad.

Jóvenes resilientes ante el riesgo de suicidio

Información Sociodemográfica

Este subgrupo de riesgo lo conformaron aquellos adolescentes que presentaron sucesos de vida estresantes, pero que no manifestaron alguna problemática vinculada a la conducta suicida ni al consumo de sustancias. En total fueron 67 jóvenes, 29 (43%) hombres y 38 (57%) mujeres; el 66% pertenecía al 2° semestre y el 34% al 4°; el 58% asistía al turno matutino y el 42% al vespertino.

El 76% de los adolescentes vive con ambos padres y 20% con sólo uno de ellos (Tabla 1). El 60% tiene entre uno y dos hermanos, mientras que un 24% tiene tres o cuatro, en el 40% de los casos son ellos los hermanos mayores, en el 30% son los más chicos y en un 20% son los de en medio.

Tabla 1. Configuración familiar de la muestra (n = 67)

	Hombres	Mujeres	Total
Vivo con padre y madre	24	27	51
	83%	71.05%	76.12%
Vivo solo con madre	4	6	10
	13.79%	15.79%	14.93%
Vivo solo con padre	0	4	4
	0.00%	10.53%	5.97%
Con ninguno de los dos	1	1	2
	3.45%	2.63%	2.99%
Total	29	38	67
	43.28%	56.72%	100.00%

Con respecto al tipo de actividades que realizan (Tabla 2) se presentan diferencias en cuanto al sexo (χ^2 [6, N = 65] = 18.84, P = .004, V = .54) siendo la principal actividad para los hombres la de tipo deportivo, mientras que para las mujeres son las de tipo musical.

Tabla 2. Actividades extraescolares de la submuestra de jóvenes resilientes

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	
Deportivas	65.5	16.7	38.5
Sociales o recreativas	0.0	8.3	4.6
Musicales	6.9	25.0	16.9
Culturales	3.4	11.1	7.7
Religiosas	3.4	2.8	3.1
Académicas	3.4	13.9	9.2
Ninguna actividad	17.2	22.2	20.0

Sucesos de vida estresantes (SVE)

Como se observa en la Figura 1, las áreas con mayor nivel de estrés fueron la familiar, social, de logros y fracasos y la personal, las cuales presentan elevaciones significativas.

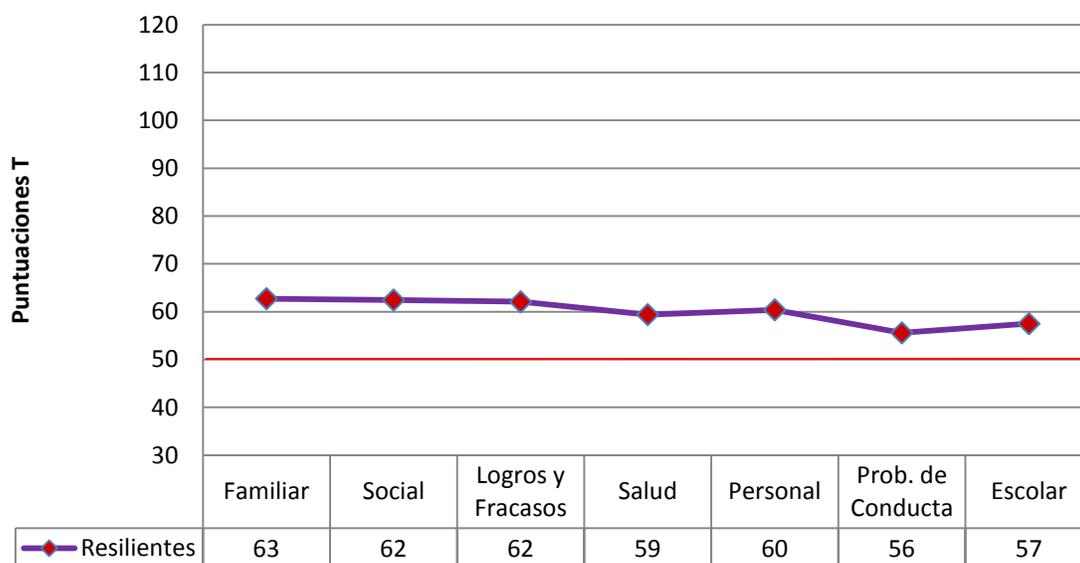


Fig. 1. Perfil de los sucesos estresantes en los adolescentes resilientes

Se evaluaron las diferencias por género en los sucesos de vida estresantes mediante una prueba t para muestras independientes. A partir de la información de la Tabla 3, se observa que los hombres presentan mayores estresores que las mujeres en dos ámbitos principales, el de logros y fracasos y el personal. Mientras que las mujeres indican mayor estrés en el ámbito escolar que los hombres.

Tabla 3. Prueba t para sucesos de vida estresantes

	Hombres		Mujeres		<i>t</i>
	X	D.E	X	D.E	
Familiar	62.29	11.55	63.06	13.48	-0.25
Social	60.82	10.52	63.70	11.96	-1.03
Logros y Fracasos	67.62	10.61	57.84	10.81	3.70***
Salud	57.85	12.24	60.56	14.45	-0.81
Personal	63.55	8.62	57.98	12.88	2.11**
Problemas de Conducta	52.72	9.43	57.75	13.66	-1.78
Escolar	52.57	11.56	61.24	14.18	-2.68**

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA)

De manera complementaria a los sucesos estresantes que se evaluaron con el Cuestionario de Sucesos de Vida, se analizó mediante el Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA) la existencia de indicadores de riesgo vinculados con el surgimiento de alguna problemática en cinco dimensiones o áreas de la vida de los adolescentes (familiar, social, personal, salud y escolar). Dentro de estas dimensiones se exploran diversos factores o sub-dimensiones que contribuyen a ubicar de manera más específica situaciones de malestar o posibles dificultades en los jóvenes, por lo que a mayores puntuaciones mayor riesgo en alguna de esta áreas.

De acuerdo con los resultados obtenidos, no se presentan elevaciones clínicamente significativas ($T \geq 60$) en alguna dimensión o área del IADA. No obstante, al evaluar las diferencias por sexo (Tabla 4) se encontró que éstas fueron estadísticamente significativas únicamente en el área familiar, donde las mujeres presentan una mayor puntuación que los hombres.

Tabla 4. Prueba t para las dimensiones o áreas del IADA

	Hombres		Mujeres		<i>t</i>
	X	DE	X	DE	
Familiar	50.26	8.41	55.60	10.49	-2.24**
Social	47.22	8.89	46.63	9.50	0.26
Escolar	42.75	4.66	44.94	5.57	-1.71
Personal	43.30	6.28	45.41	9.49	-1.09
Salud	50.40	10.57	51.74	10.41	-0.52

* $p < .05$, ** $p < .01$

Por otro lado, se evaluaron las diferencias de acuerdo al sexo dentro de las sub-dimensiones de cada área del IADA, obteniendo diferencias estadísticamente significativas en las sub-dimensiones correspondientes a los ámbitos familiar, escolar y personal (Tablas 5-8). Estas situaciones pueden ubicarse como parte de los sucesos normativos que viven estos adolescentes debido a que las puntuaciones no indican alguna elevación clínica significativa.

En el contexto familiar (Tabla 5) las mujeres de este grupo manifiestan mayor malestar que los varones en torno a dos situaciones específicas: problemas emocionales de los padres y desaprobación de sus relaciones con otros.

Tabla 5. Puntuaciones t para las sub-dimensiones del área familiar del IADA

	Hombres		Mujeres		<i>t</i>	<i>Puntos de corte</i>
	<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>X</i>	<i>DE</i>		
Ambiente Familiar	12.28	10.49	17.34	13.05	-1.71	14.86
Calidad en las relaciones familiares	3.97	8.64	4.21	7.44	-.125	4.01
Dificultades familiares	3.62	4.77	5.16	5.47	-1.20	2.47
Problemas emocionales de los padres	0.41	1.55	3.34	5.47	-3.14**	2.31
Vínculo con los padres	6.62	5.66	6.34	5.01	0.21	4.72
Desaprobación de relaciones	2.14	4.10	5.71	6.23	-2.82**	2.71
Conflictos sistema parental	3.14	4.69	3.29	4.17	-0.14	2.38
Control paterno	2.90	4.13	4.11	5.42	-1.04	4.02
Conflicto con los hermanos	5.00	4.18	5.76	4.01	-0.76	4.03
Control materno	1.24	3.36	1.42	3.25	-0.22	3.37
Desaprobación paterna	1.21	2.88	0.39	1.79	1.33	1.77
Disgustos familiares	2.41	3.05	3.32	3.10	-1.19	3.16
Límites familiares	4.28	2.60	5.53	2.68	-1.92	2.82
Problemas de salud de los padres	0.62	1.99	1.39	2.77	-1.33	1.54
Inconsistencia familiar	0.83	1.97	1.05	2.01	-0.46	1.25

** $p < .01$

Por lo que respecta al ámbito escolar (Tabla 6) las mujeres presentan más indicadores de malestar en cuanto a sus relaciones con profesores y a su rendimiento escolar como el tener materias reprobadas, no obstante dicho nivel se ubica dentro de la normalidad, es decir, no es indicador de un riesgo significativo.

Tabla 6. Puntuaciones t para las sub-dimensiones del área escolar del IADA

	Hombres		Mujeres		<i>t</i>	<i>Puntos de corte</i>
	<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>X</i>	<i>DE</i>		
Dificultades de aprendizaje	3.00	4.86	4.55	5.16	-1.25	7.45
Inadecuación escolar	2.00	3.31	2.16	3.86	-0.18	4.83
Insatisfacción escolar	1.17	2.99	1.61	4.62	-0.44	4.47
Problemas de relación	0.03	0.19	0.24	0.54	-2.14**	1.63
Rendimiento inadecuado	1.72	2.70	3.89	4.45	-2.47*	4.99

* $p < .05$; ** $p < .01$

Observamos que dentro del ámbito personal (Tabla 7) las mujeres presentan mayor inconformidad consigo mismas que los varones de este grupo al señalar que no se gustan.

Tabla 7. Puntuaciones t para las sub-dimensiones del área personal del IADA

	Hombres		Mujeres		<i>t</i>	<i>Puntos de corte</i>
	<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>X</i>	<i>DE</i>		
Sentimientos de inseguridad	1.45	2.96	4.00	7.21	-1.97	7.40
Susceptibilidad social	9.86	8.66	9.61	8.37	0.12	9.63
Metas	11.41	6.47	9.97	6.25	0.92	13.04
Autoconcepto negativo	1.90	3.33	2.34	3.93	-0.49	6.83
Vulnerabilidad emocional	2.93	2.51	3.82	3.38	-1.18	3.24
Imagen corporal	2.28	3.76	2.95	4.60	-0.64	2.84
Desorganización	2.34	2.93	3.47	3.11	-1.50	2.48
Inconformidad consigo mismo	0.62	1.59	1.74	2.75	-2.09*	2.26

* $p < .05$

Finalmente, no se obtuvieron diferencias significativas de acuerdo al sexo en las sub-dimensiones del área social y de salud (Tablas 8 y 9).

Tabla 8. Puntuaciones t para las sub-dimensiones del área social del IADA

	Hombres		Mujeres		<i>t</i>	<i>Puntos de corte</i>
	<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>X</i>	<i>DE</i>		
Problemas interpersonales	5.45	10.96	4.21	7.43	0.55	4.54
Relaciones insatisfactorias	3.86	5.33	4.26	8.76	-0.22	8.16

Tabla 9. Puntuaciones t para las sub-dimensiones del área de salud del IADA

	Hombres		Mujeres		<i>t</i>	<i>Puntos de corte</i>
	<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>X</i>	<i>DE</i>		
Patrones de consumo de tabaco	10.62	13.84	13.58	16.33	-0.80	12.26
Patrón de consumo de alcohol	13.52	13.60	13.08	11.45	0.14	11.15
Patrón de consumo de sustancias	2.76	4.73	2.82	4.34	-0.05	2.89
Malestar físico	3.38	4.08	4.13	4.06	-0.75	4.97
Alteraciones del sueño	2.90	4.97	2.21	4.50	0.59	2.04
Problemas de salud	1.10	2.60	1.79	3.31	-0.92	1.74
Presencia de adicciones	6.38	4.20	6.71	3.90	-0.33	6.04
Vulnerabilidad al consumo de sustancias	0.28	1.03	0.21	0.91	0.28	1.08
Problemas alimenticios	2.41	2.16	2.53	2.36	-0.20	2.01
Manejo inadecuado del tiempo libre	1.66	2.73	1.16	2.06	0.85	1.74
Hábitos no saludables	1.03	1.84	1.97	2.01	-1.96	2.88

Por otra parte, además de detectar las áreas significativas de malestar o riesgo en este grupo de jóvenes era deseable conocer cuáles son los aspectos positivos o bien las características en las que no presentan riesgo, por ello se hizo un análisis cualitativo por área para determinar las puntuaciones que se encontraban por debajo del punto de corte, indicativo de menor riesgo. De esta forma, se observa que a nivel familiar, tanto los hombres como las mujeres de este grupo refieren tener límites familiares relacionados con el otorgamiento de permisos y establecimiento de reglas. En el área social manifiestan relaciones satisfactorias, es decir se sienten adaptados con sus compañeros, se llevan bien con otras personas, tienen amigos inseparables y con quien compartir sus intereses. En el área escolar no presentan dificultades de aprendizaje, tienen hábitos de estudio, buenas calificaciones y se llevan bien con sus compañeros. En el área personal, tienen planes a futuro como continuar estudiando y trabajar, refieren un autoconcepto positivo al considerarse creativos, hábiles, inteligentes e independientes. Y finalmente, con respecto al área de salud, presentan poca vulnerabilidad ante el consumo de sustancias y mantienen hábitos saludables como comer bien y hacer ejercicio.

Estrategias de afrontamiento (CA-A)

Con respecto a las estrategias de afrontamiento del grupo de jóvenes resilientes, en la Fig. 2 observamos que la que más emplean es la de Religión (8), seguida de la Distracción y búsqueda de apoyo en su grupo de pares (6).

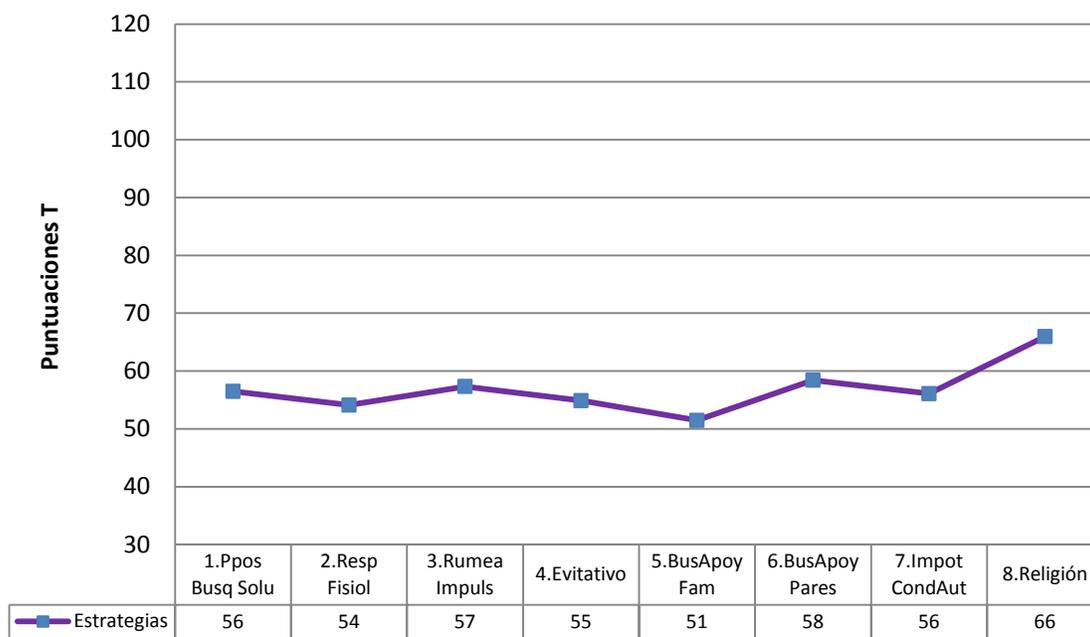


Figura 2. Estrategias de afrontamiento del CA-A

Se realizó una prueba t para muestras independientes para determinar si existen diferencias de acuerdo al sexo en cuanto al empleo de estrategias de afrontamiento (Tabla 10). Mediante este análisis, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas únicamente en el uso de estrategias relacionadas con la distracción y búsqueda de apoyo en el grupo de pares, donde las mujeres son quienes emplean más este recurso que los hombres.

Ejemplos de algunos reactivos que componen este factor son:

- a. Hago algo para sentirme mejor.
- b. Pido consejo a un amigo(a) para solucionarlo.
- c. Platico el problema con alguien de confianza.

Tabla 10. Estrategias de afrontamiento, diferencias por sexo.

	Hombres		Mujeres		<i>t</i>
	<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>X</i>	<i>DE</i>	
Pensamiento positivo y Búsqueda de soluciones	53.97	21.47	58.39	18.05	-0.915
Respuestas Fisiológicas	52.19	16.85	55.57	19.36	-0.747
Rumiación e Impulsividad	57.59	17.91	57.14	17.68	0.102
Evitación	54.74	19.43	54.98	22.65	-0.044
Búsqueda de apoyo en la familia	48.54	16.53	53.69	18.71	-1.174
Distracción y búsqueda de apoyo en el grupo de pares	49.18	25.88	65.46	18.08	-2.891**
Impotencia y conducta autolesiva	55.53	15.38	56.50	14.79	-0.261
Religión	63.27	18.02	68.01	16.06	-1.137

** $p < .01$

Características de personalidad (MMIP-A)

Para poder caracterizar a los jóvenes resilientes de acuerdo a sus rasgos de personalidad, se les administró el Inventario Multifásico de la Personalidad para Adolescentes MMPI-A. Durante la aplicación del Inventario, realizada mediante un seguimiento a cinco meses del tamizaje, la muerte experimental de los participantes se debió por una parte a la falta de colaboración de algunos profesores, quienes se rehusaron a participar y no permitieron que los alumnos asistieran a la evaluación, y por la otra a que los jóvenes no acudieron a clase el día de la aplicación de la prueba.

De esta forma, de los 67 jóvenes resilientes se evaluaron a 51 de ellos, 24 hombres (47%) y 27 (53%) mujeres; de los cuales el 65% cursaba el tercer semestre y el 35% el quinto; el 63% era del turno matutino y el 37% del vespertino.

Se excluyó de la submuestra ($n = 51$) a un caso (id. 295) debido a que su perfil de MMPI-A se invalidó por presentar puntuaciones altas ($T > 70$) en la escala de inconsistencia de las respuestas variables (INVAR o VRIN, por sus siglas en inglés).

Los rasgos de personalidad que caracterizan a este grupo, se describirán de acuerdo al sexo mediante los perfiles de las escalas básicas, de contenido y suplementarias del MMPI-A.

Interpretación del Perfil Masculino

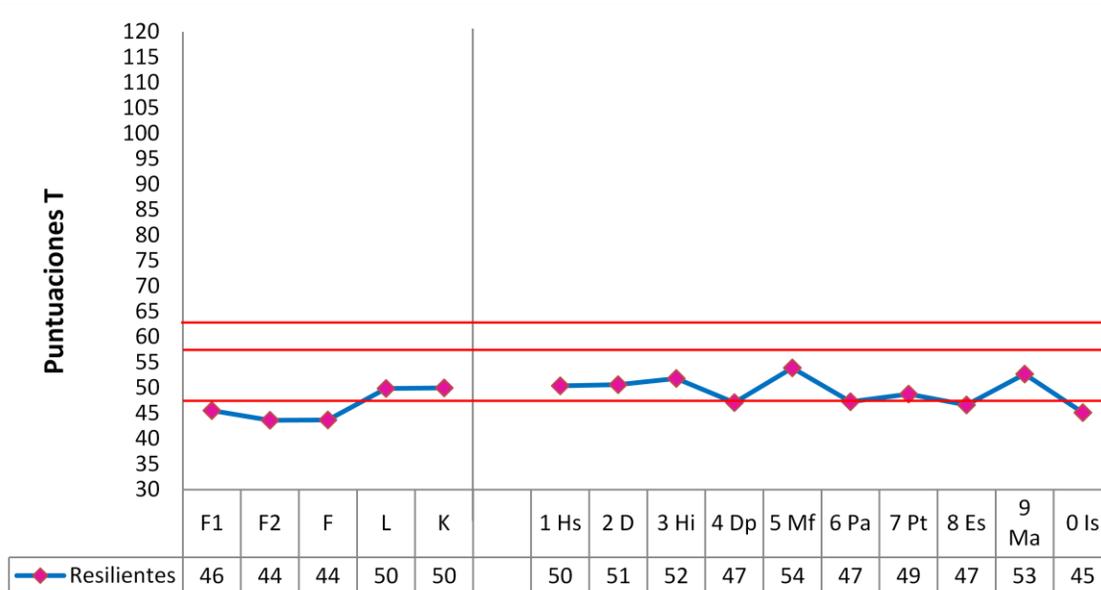


Figura 3. Perfil masculino del MMPI-A escalas de validez y clínicas

Escalas de validez o de control.

De manera general, las elevaciones de las escalas L, F y K (Fig. 3) nos indican que los hombres de este grupo fueron honestos al contestar la prueba, que tienen recursos y que manifiestan la ausencia de psicopatología.

De manera más específica, la puntuación en la escala de mentira L ($T = 50$) indica que estos jóvenes reflejan un balance adecuado entre el reconocimiento y la negación de sus faltas sociales, por lo que tienden a ser flexibles. La puntuación en la escala de infrecuencia F ($T = 44$) refleja experiencias de vida muy convencionales entre estos adolescentes. Mientras que la puntuación en la escala de Defensividad K ($T = 50$) indica un balance apropiado entre los recursos de auto-protección y auto-cuidado que los jóvenes tienen. En estos casos el pronóstico de psicoterapia es normalmente bueno.

Escalas clínicas.

En el perfil de las escalas clínicas (Figura 3) se observan como picos las escalas 5 Masculinidad-Feminidad ($T=54$), 9 Hipomanía ($T=53$) y 3 Histeria ($T=52$). Las cuales propiamente no se emplean

como código debido a que no presentan elevaciones clínicas ($T \geq 60$), pero permiten identificar la tendencia o rasgos principales de estos jóvenes.

La puntuación de la escala de Masculinidad-Feminidad 5 Mf (T55) nos indica que los hombres de este grupo pueden tener niveles escolares elevados y un buen ajuste escolar. Pueden ser emotivos y capaces de expresar sus sentimientos y emociones con otros. Algunos estudios (Hathaway y Monachesi, 1963) han reportado que los hombres de muestras normativas cuyas puntuaciones más elevadas fueron en la escala 5, tendían a ser de un nivel socioeconómico más alto, con padres profesionistas. Así mismo tenían mayores puntuaciones de inteligencia y calificaciones escolares, y exhibían menor frecuencia de conducta delictiva y antisocial.

Por su parte, la puntuación en la escala de Hipomanía 9 Ma (T53) puede indicar entusiasmo y energía apropiados a la etapa del desarrollo en la que se encuentran estos jóvenes, mostrándose además sociables y extrovertidos. Estas características se complementan por una parte, con la escala de Histeria 3 Hi (T 53) la cual indica que los adolescentes de este grupo están orientados al logro, son amigables y socialmente desenvueltos, y por otra parte, con la escala de Introversión Social 0 Is (T 45) la cual confirma el que sean gregarios, inteligentes, activos, socialmente seguros y competentes.

Escalas de contenido.

Las escalas de contenido y suplementarias se emplean para complementar, aumentar y refinar la interpretación de las escalas clínicas.

A partir de la Figura 4, se observa que el grupo de hombres resilientes no obtuvo ninguna puntuación T por arriba de 50, lo cual confirma la ausencia de psicopatología evaluada ya en las escalas clínicas.

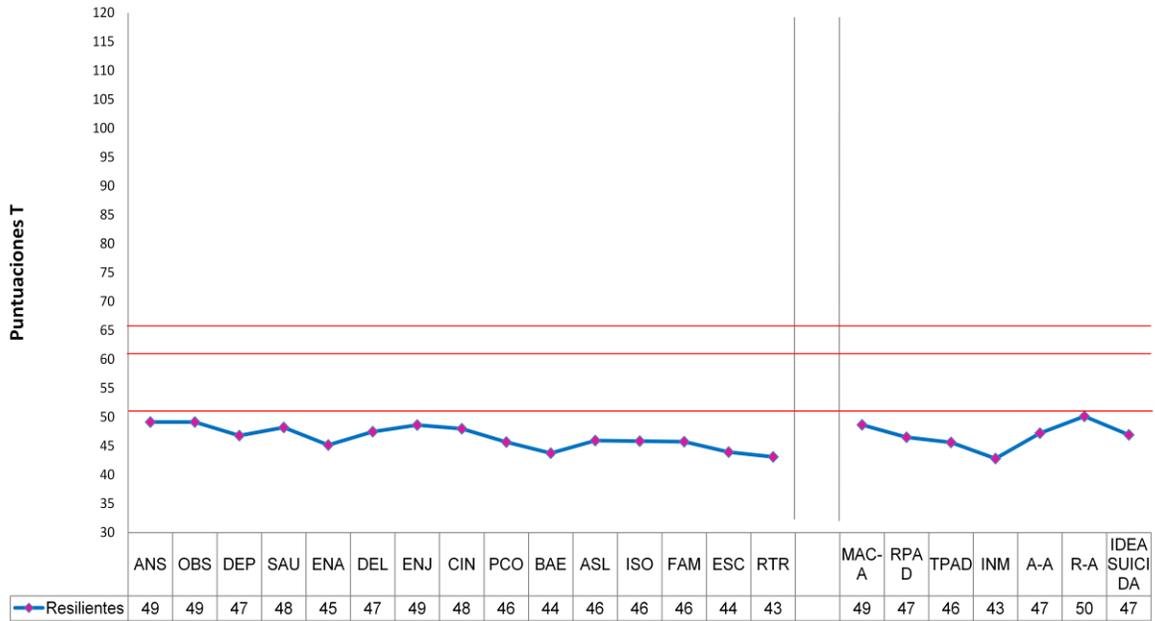


Figura 4. Perfil masculino del MMPI-A escalas de contenido y suplementarias

Con respecto a las características de personalidad que distinguen a este grupo de adolescentes, están el ser optimistas con respecto a su propia capacidad de cambio, son flexibles, abiertos y están dispuestos a pedir ayuda (RTR, T 43); tienen un desempeño académico adecuado (ESC, T 44); así como buena autoestima y sentimientos de adecuación y competencia (BAE, T 44), lo que les permite tener una buena adaptación social y convivencia con otros (ISO, T 46).

Escalas suplementarias.

La escala de Represión (R-A, T 50) indica que estos adolescentes son espontáneos y optimistas, no presentan ideación suicida (IDEA SUICIDA, T 47) y se muestran controlados, estables, pacientes, y cooperadores (INM, T 43).

Tareas del desarrollo

Mediante algunas escalas clínicas, de contenido y suplementarias del MMPI-A también es posible evaluar el desempeño de algunas tareas del desarrollo adolescente.

Las puntuaciones bajas obtenidas en las escalas de introversión e incomodidad ante situaciones sociales (0 Is, T = 45; ISO, T = 46); enajenación o alineación adolescente (EN T = 45); inmadurez (INM T = 43); problemas escolares (ESC T = 44); aspiraciones limitadas (ASL T = 46); y baja autoestima (BAE, T = 44) indican que los jóvenes de este grupo pueden establecer

vínculos emocionales con otras personas, al tener y mantener relaciones interpersonales adecuadas (amistades cercanas); se muestran centrados, realistas, controlados, tienen logros y éxito en lo que hacen; tienen aspiraciones académicas y así como planes a futuro, y se sienten seguros y confiados de sí mismos.

Interpretación del Perfil Femenino

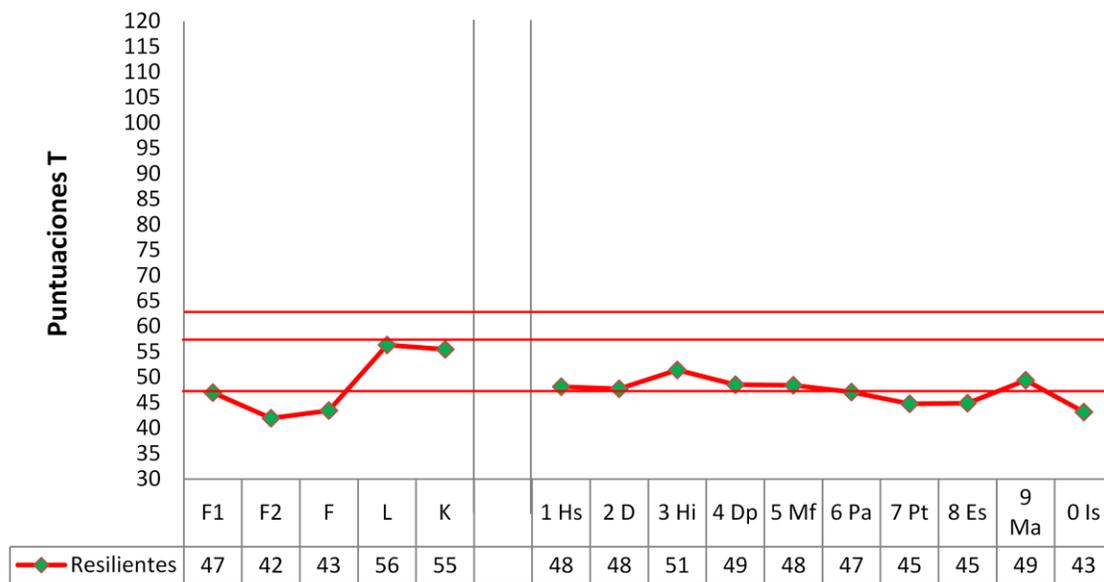


Figura 5. Perfil femenino del MMPI-A escalas de validez y clínicas

Escalas de validez.

Las puntuaciones en las escalas L, F y K (Figura 5) nos indican, de manera general, que las mujeres del grupo de resilientes fueron honestas, que tienen recursos y que manifiestan la ausencia de desajustes serios o psicopatología.

De manera más detallada, la puntuación en la escala de mentira L (T = 56) indica que este grupo de mujeres refleja un énfasis de conformidad y conductas convencionales entre su grupo de edad, por lo que tienden a ser un poco rígidas. De manera complementaria, la puntuación en la escala de infrecuencia F (T = 43) también refleja experiencias de vida muy convencionales entre estas adolescentes. No obstante, la puntuación en la escala de Defensividad K (T = 55) indica un balance apropiado entre los recursos de auto-protección y auto-cuidado que poseen. Al igual que en el caso de los hombres, en este grupo el pronóstico de psicoterapia es bueno.

Escalas clínicas.

En el perfil de escalas básicas (Figura 5) no se observan elevaciones clínicamente significativas ($T \geq 65$) ni moderadas ($T 60-64$) en alguna escala. Las escalas más elevadas, son la de Histeria 3 Hi ($T 51$) seguida de la escala de Desviación Psicopática 4 Dp ($T 49$) y la escala de Hipomanía 9Ma ($T 49$).

El tener como escala más alta la de Histeria (3 Hi) puede estar relacionado con la presencia de mayores niveles de inteligencia y estatus socioeconómico, éxito escolar y logros académicos, estar orientadas al logro, ser socialmente involucradas y amigables.

Por lo que respecta a la escala de Desviación Psicopática (4 Dp) esta nos puede señalar que las mujeres de este grupo son convencionales, pasivas y confiadas. Muestran un adecuado nivel de energía (9 Ma) son activas, sociables, gregarias y competentes socialmente (0 Is).

Escalas de contenido.

Sin elevaciones clínicamente significativas (Fig. 6) se observan como picos del perfil las escalas de aspiraciones limitadas ASL ($T49$) y preocupaciones por la salud SAU ($T48$).

La escala de aspiraciones limitadas, puede estar relacionada con el hecho de que las mujeres de este grupo se muestran convencionales y conformes con el papel que desempeñan dentro de su grupo de edad.

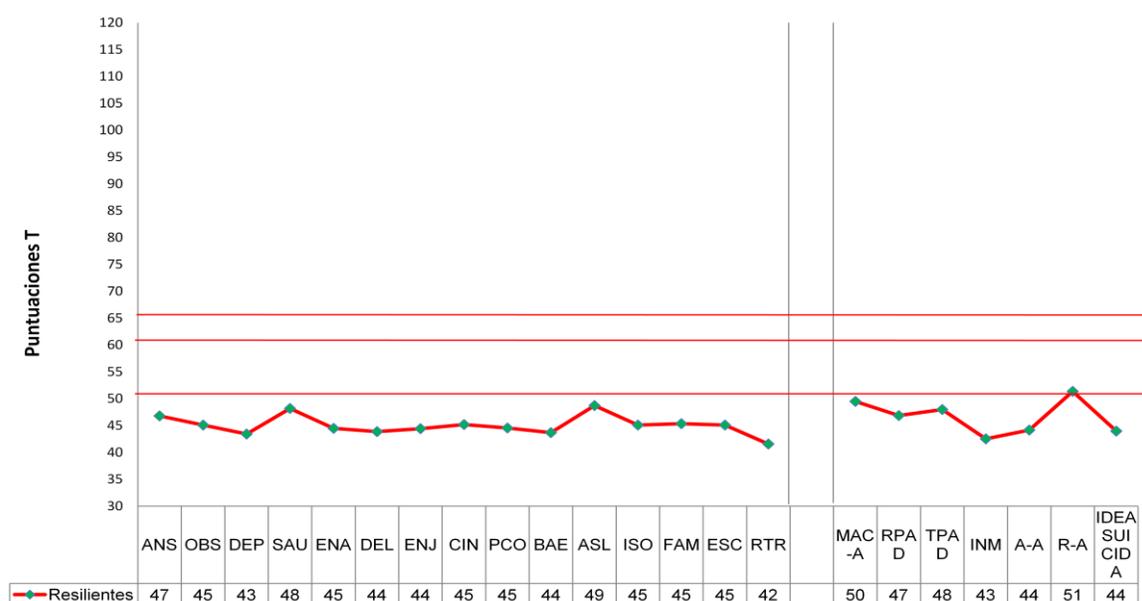


Figura 6. Perfil femenino del MMPI-A escalas de contenido y suplementarias

Dentro de las principales características de personalidad que distinguen a este grupo de mujeres adolescentes, están el mostrarse optimistas y abiertas a pedir ayuda (RTR, T 42); activas, con energía (DEP, T 43); controladas y realistas (DEL, T 44); tolerantes, tranquilas (ENJ, T 44); con una autoestima adecuada y sentimientos de competencia (BAE, T 44).

Escalas suplementarias.

La puntuación en la escala de Represión (R-A, T 51) indica que estas adolescentes son espontáneas, optimistas y que aceptan las normas sociales; además de que no presentan ideación suicida (IDEA SUICIDA, T 44) se muestran activas, sin ansiedad ni malestar (A-A T 44) son afables, estables, pacientes y convencionales (INM, T 43).

Tareas del desarrollo

Las puntuaciones bajas obtenidas en las escalas de introversión e incomodidad ante situaciones sociales (0 Is, T = 43; ISO, T = 45); enajenación o alineación adolescente (ENA T = 45); inmadurez (INM T = 43); problemas escolares (ESC T = 45); y baja autoestima (BAE, T = 44) indican que las adolescentes de este grupo pueden involucrarse emocionalmente con otras personas, establecer relaciones interpersonales adecuadas con personas del mismo sexo o del sexo opuesto. Se muestran centradas, realistas, controladas, y se sienten seguras de sí mismas.

Jóvenes en riesgo alto por estrés y suicidio: no resilientes.

Información Sociodemográfica

Este subgrupo de riesgo estuvo conformado por 81 jóvenes, de los cuales 31 (38%) fueron hombres y 50 (62%) mujeres, con una media de edad de 16 años (D.E = .67). 48% asistía al 2° semestre y el otro 52% al 4° semestre; el 67% era del turno matutino y el 33% del vespertino.

El 75% vive con ambos padres y el 19% con sólo uno de ellos (Tabla 1). La mayoría de los jóvenes tienen entre uno y dos hermanos (70%). En la mitad de los casos son ellos los hermanos más grandes (50%) y en una cuarta parte son los más chicos (22%).

Tabla 1. Configuración familiar de la submuestra de riesgo (n = 81)

	Hombres	Mujeres	Total
Vivo con padre y madre	23 74.2%	38 76.0%	61 75.3%
Vivo solo con madre	5 16.1%	8 16.0%	13 16.0%
Vivo solo con padre	1 3.2%	1 2.0%	2 2.5%
Con ninguno de los dos	2 6.5%	3 6.0%	5 6.2%
Total	31 38.3%	50 61.7%	81 100.00%

Con respecto a las actividades que realizan (Tabla 2) se presentan diferencias importantes en cuanto al sexo y al tipo de actividad ($\chi^2 [6, N = 80] = 14.042, p = .029, V = .42$). Por una parte, los hombres realizan más actividades de tipo deportivo, mientras que las mujeres se involucran más en actividades sociales o recreativas, sin embargo, cerca de una tercera parte de los jóvenes de ambos sexos no realizan ningún tipo de actividad, lo cual cobra especial importancia en el grupo de mujeres quienes se mantienen más inactivas.

Tabla 2. Actividades extraescolares de la submuestra de jóvenes en riesgo

	Hombres %	Mujeres %	Total
Deportivas	41.9	10.2	22.5
Sociales o recreativas	3.2	16.3	11.3
Musicales	9.7	10.2	10.0
Culturales	6.5	8.2	7.5
Religiosas	0	6.1	3.8
Académicas	16.1	16.3	16.3
Ninguna actividad	22.6	32.7	28.8

Sucesos de vida estresantes (SVE)

Las áreas con mayor nivel de estrés en esta submuestra de jóvenes son la familiar, personal, de logros y fracasos y la social (Fig. 1) las cuales presentan elevaciones clínicamente significativas.

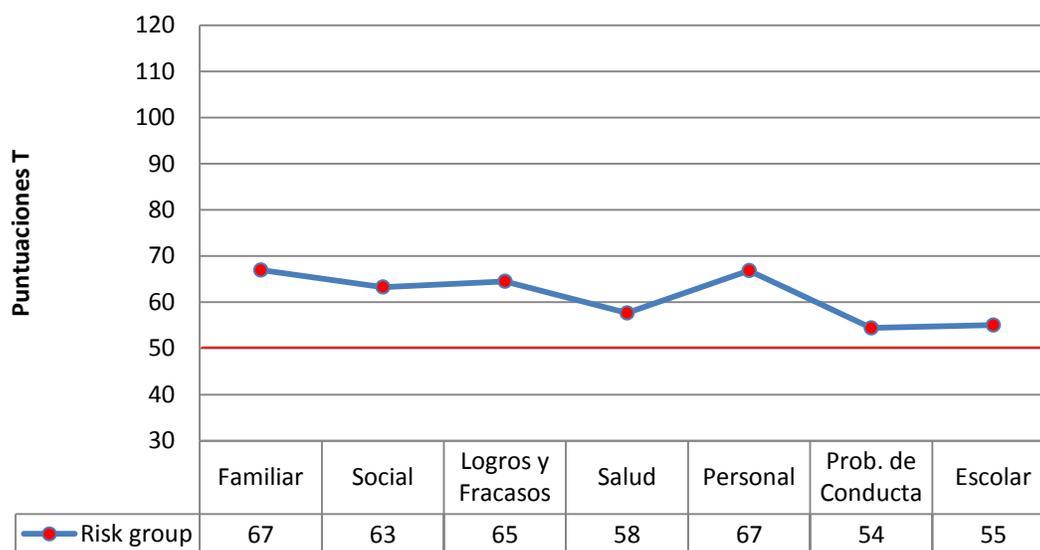


Fig. 1. Perfil de los sucesos estresantes en los adolescentes no resilientes

Se evaluaron las diferencias de acuerdo al sexo en las áreas de sucesos estresantes mediante la prueba *t* de Student para muestras independientes. A partir de la información presentada en la Tabla 3, podemos señalar que existen diferencias significativas únicamente en el ámbito de logros y fracasos, donde los hombres informan mayor número de estresores que las mujeres.

Tabla 3. Prueba t para sucesos de vida estresantes

	Hombres		Mujeres		t
	X	DE	X	DE	
Familiar	67.60	13.12	66.56	11.70	0.37
Social	60.34	9.19	65.11	13.27	-1.91
Logros y Fracayos	68.41	9.69	62.11	8.87	2.99**
Salud	54.71	11.97	59.49	12.62	-1.69
Personal	67.75	10.20	66.30	8.76	0.68
Problemas de Conducta	53.04	9.75	55.27	11.24	-0.91
Escolar	55.30	11.49	54.88	13.57	0.14

** $p < .01$

Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA)

De manera complementaria a la evaluación de los sucesos estresantes que viven en diferentes ámbitos los jóvenes del subgrupo de riesgo por estrés y suicidio, se analizó también la existencia de dificultades en cinco áreas que pueden estar, a su vez, afectando su integridad emocional y física.

Por tal motivo, se realizó un análisis descriptivo para determinar cuál es el área (s) en la (s) que estos adolescentes manifiestan mayor malestar en función del Inventario Autodescriptivo del Adolescente. En la figura 2, se muestran las puntuaciones t para cada dimensión o área, observándose una elevación notoria en el ámbito familiar.

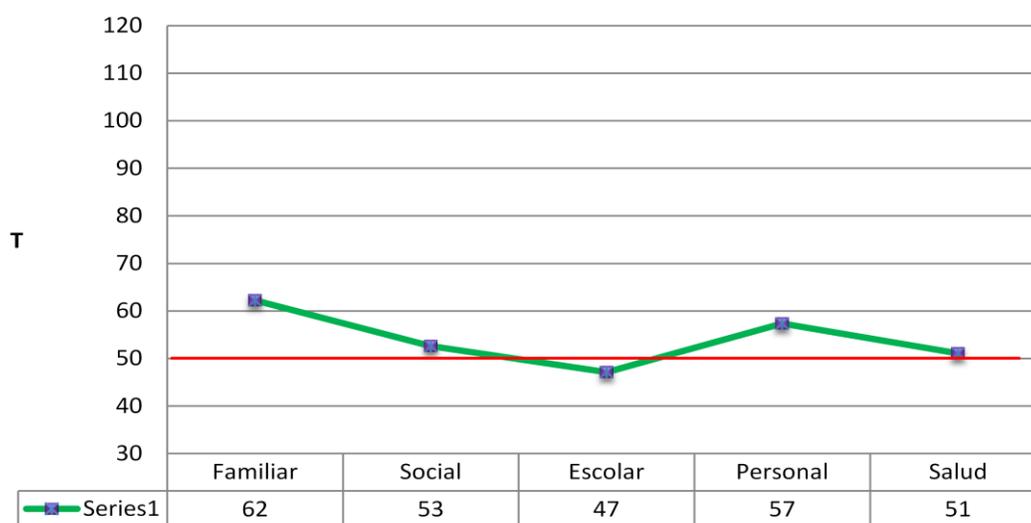


Figura 2. Perfil de las dimensiones del IADA

Respecto a las diferencias por sexo, son las mujeres quienes presentan mayores problemáticas en el área familiar en comparación con los hombres, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (Tabla 4).

Tabla 4. Prueba t para las áreas del IADA

	Hombres		Mujeres		<i>t</i>
	<i>X</i>	DE	<i>X</i>	DE	
Familiar	57.28	8.38	65.28	12.77	-3.40***
Social	53.36	11.40	52.14	12.58	4.39
Escolar	48.79	4.58	46.15	5.78	2.15
Personal	56.53	10.20	57.88	10.39	- 0.57
Salud	49.88	9.51	51.88	7.63	-1.04

*** $p \leq .001$

Mediante la calificación cualitativa del IADA, es posible hacer un análisis más detallado sobre las circunstancias de vida que presentan los jóvenes y que podrían ponerlos en riesgo de desarrollar alguna problemática. Cabe señalar que lo que manifiestan los jóvenes mediante este instrumento es parte de la propia percepción y evaluación que hacen de su entorno.

De acuerdo con lo anterior, se evaluaron las diferencias de acuerdo al sexo dentro de las sub-dimensiones de cada área del IADA, obteniendo diferencias estadísticamente significativas únicamente en las sub-dimensiones correspondientes al ámbito familiar y de salud (Tablas 5-6).

De acuerdo con la información de la Tabla 5, en el contexto familiar las mujeres manifiestan mayor malestar que los varones en torno a seis dimensiones. A partir de lo cual, podemos señalar que dentro del ambiente familiar, las adolescentes indican no tener un buen espacio para estudiar ni suficiente privacidad, no les gusta vivir en su casa, se sienten desadaptadas a este ambiente, tienen algunas dificultades en la interacción con los miembros de su familia y sienten que sus padres esperan mucho de ellas. Reportan la presencia de problemas emocionales y de salud entre sus padres y hermanos. Manifiestan la desaprobación de sus padres en sus relaciones con amigos y novios. De los conflictos dentro del sistema parental, señalan que cuando sus padres pelean se gritan e insultan, amenazan con divorciarse y alguno se va de la casa por algún tiempo; y que cuando tienen disgustos con sus hermanos, se dejan de hablar por un tiempo.

Tabla 5. Puntuaciones t para las sub-dimensiones del área familiar

	Hombres		Mujeres		<i>t</i>	<i>Puntos de corte</i>
	<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>X</i>	<i>DE</i>		
Ambiente Familiar	18.61	13.72	27.70	16.13	-2.60**	14.86
Calidad en las relaciones familiares	7.71	8.29	10.12	10.24	-1.10	4.01
Dificultades familiares	6.45	7.17	7.66	6.41	-0.78	2.47
Problemas emocionales de los padres	2.84	4.63	5.72	6.71	-2.28*	2.31
Vínculo con los padres	8.55	5.45	8.70	6.07	-0.11	4.72
Desaprobación relaciones	2.74	4.60	7.36	6.07	-3.87***	2.71
Conflictos sistema parental	2.87	4.29	5.42	5.17	-2.29*	2.38
Control paterno	3.29	4.61	2.88	4.88	3.75	4.02
Conflicto con los hermanos	5.77	5.07	8.32	4.46	-2.36*	4.03
Control materno	1.94	3.60	1.44	3.54	0.68	3.37
Desaprobación paterna	3.39	3.74	3.60	3.78	-2.47	1.77
Disgustos familiares	2.29	2.80	3.94	3.60	-2.17*	3.16
Límites familiares	4.81	3.55	6.26	3.51	-1.80	2.82
Problemas de salud de los padres	1.16	2.84	2.12	3.29	-1.39	1.54
Inconsistencia familiar	1.55	2.46	.88	1.86	1.30	1.25

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Por lo que respecta al ámbito de salud (Tabla 6) también se obtuvieron diferencias significativas de acuerdo al sexo que indican que las mujeres presentan mayor malestar físico relacionado con la presencia de mareos, dolores de cabeza, tensión, problemas estomacales y emocionales; indican tener problemas de salud que frecuentemente les obliga a tomar medicinas, pasar por largos periodos de enfermedad o tener problemas para respirar, así como la falta de hábitos saludables como el no tener buen apetito y realizar poco ejercicio en comparación con los hombres.

Tabla 6. Puntuaciones t para la sub-dimensión del área de salud

	Hombres		Mujeres		<i>t</i>
	<i>X</i>	DE	<i>X</i>	DE	
Patrones de consumo de tabaco	8.65	14.98	8.26	10.72	0.12
Patrón de consumo de alcohol	12.00	12.16	11.14	10.14	0.34
Patrón de consumo de sustancias	2.06	3.08	1.62	3.57	0.57
Malestar físico	5.87	5.30	11.86	6.44	-4.34***
Alteraciones del sueño	2.32	4.00	4.48	5.15	-1.13
Problemas de salud	1.16	2.77	2.56	3.30	-2.04*
Presencia de adicciones	5.97	4.17	4.80	4.28	1.20
Vulnerabilidad al consumo de sustancias	0.26	0.99	0.24	1.25	0.68
Problemas alimenticios	2.32	2.13	2.60	2.15	-0.56
Manejo inadecuado del tiempo libre	2.19	3.07	1.12	2.14	1.70
Hábitos no saludables	2.00	2.44	3.18	2.69	-1.99*

* $p \leq .05$ *** $p \leq .001$

Riesgo de suicidio (IRIS)

Mediante el sistema de calificación del IRIS, de la submuestra de jóvenes en riesgo por estrés y suicidio ($n = 81$), 26 adolescentes (32%) se ubicaron dentro de algún nivel de riesgo suicida y 55 (68%) de ellos presentaron malestar emocional asociado a esta problemática (Tabla 7). De los 26 adolescentes en riesgo de suicidio, observamos que el 3.7% de ellos se encuentran en riesgo alto, 14.6% en riesgo por intento y 15% en riesgo por ideación e intencionalidad suicidas.

Tabla 7. Niveles de riesgo suicida de acuerdo al IRIS

	<i>f</i>
Riesgo Alto (ideación, planeación, intento)	3 3.7%
Riesgo por intento (s) previo (s)	11 13.6%
Riesgo por ideación e intencionalidad	12 14.8%
Riesgo por malestar emocional asociado	55 67.9%
Total	81

Se determinó mediante un χ^2 de independencia, la relación entre la conducta suicida y el sexo (Tabla 8), a partir de lo cual se concluye que la proporción de mujeres que presentan riesgo alto, por intento, ideación o malestar emocional asociado al suicidio no es significativamente diferente de la proporción de hombres con estos riesgos $\chi^2 (3, n = 81) = 2.37, p = .499, V = .17$.

Tabla 8. Niveles de riesgo suicida del IRIS

	Hombres	Mujeres	Total
Riesgo alto (ideación, planeación, intento)	2 6.5%	1 2.0%	3 3.7%
Riesgo por intento (s) previo (s)	3 9.7%	8 16.0%	11 13.6%
Riesgo por ideación e intencionalidad	6 19.4%	6 12.0%	12 14.8%
Riesgo por malestar emocional asociado	20 64.5%	35 70.0%	55 67.9%
Total	31 38.3%	50 61.7%	81 100.0%

Por lo que respecta a la evaluación de los reactivos críticos del IRIS, el 24.3% de esta submuestra de riesgo contestó que ha pensado en suicidarse con una frecuencia de *algunas veces* a *casi siempre* (Tabla 9).

Tabla 9. Frecuencia de la ideación suicida

He pensado en suicidarme	Hombres	Mujeres	Total
No, nunca	16 51.6%	22 44.0%	38 46.9%
Rara vez	6 19.4%	17 34.0%	23 28.4%
Algunas veces	7 16.4%	11 25.0%	18 21.8%
Casi siempre	2 6.5%	0 0%	2 2.5%
Total	31 38.3%	50 61.7%	81 100.0%

Tabla 10. Prevalencia de la ideación suicida

	Hombres	Mujeres	total
Casos	9	11	20
No casos	22	39	61
Total	31	50	81
Prevalencia del riesgo	0.29	0.22	0.246

La prevalencia de la ideación suicida (Tabla 10) es mayor en los hombres (2.9%) que en las mujeres (2.2%).

Con respecto a la planeación suicida (Tabla 11) el 19.7% de los jóvenes señalan haber planeado su muerte durante los últimos 12 meses con una frecuencia de *algunas veces a casi siempre*.

Tabla 11. Frecuencia de la planeación suicida

He planeado mi propia muerte	Hombres	Mujeres	Total
No, nunca	17	35	52
	54.8%	70.0%	64.2%
Rara vez	6	7	13
	19.4%	14.0%	16.0%
Algunas veces	7	6	13
	22.6%	12.0%	16.0%
Casi siempre	1	2	3
	3.2%	4.0%	3.7%
Total	55	92	147
	37.4%	62.6%	100.0%

Tabla 12. Prevalencia de la planeación suicida

	Hombres	Mujeres	total
Casos	8	8	16
No casos	23	42	65
Total	31	50	81
Prevalencia del riesgo	0.258	0.16	0.197

La prevalencia de la planeación suicida, es mayor entre los hombres (2.6%) que entre las mujeres (1.6%) (Tabla 12).

Finalmente, la frecuencia de respuesta para el intento de suicidio (Tabla 13) fue del 17.2% entre aquellos jóvenes que señalan haberlo intentado de *una vez a cuatro veces o más*.

Tabla 13. Frecuencia del intento suicida

He intentado quitarme la vida	Hombres	Mujeres	Total
No, nunca	26	39	65
	83.9%	78.0%	80.2%
Si, una vez lo intenté	4	6	10
	12.9%	12.0%	12.3%
Sí, dos veces lo he intentado	0	2	2
	0%	4.0%	2.5%
Sí, tres veces lo he intentado	1	0	1
	3.2%	.0%	1.2%
Si, cuatro veces o más	0	1	1
	0%	2.0%	1.2%
No contestó	0	2	2
	.0%	4.0%	2.5%
Total	31	50	81
	38.3%	61.7%	100.0%

Tabla 14. Prevalencia del intento suicida

	Hombres	Mujeres	Total
Casos	5	9	14
No casos	26	39	65
Total	31	48	79
Prevalencia del riesgo	0.161	0.187	0.177

En esta ocasión, la prevalencia del intento de suicidio es mayor en las mujeres (1.9%) que en los hombres (1.6%) (Tabla 14).

Una vez obtenida la prevalencia de la conducta suicida, se deseaba conocer el impacto que los sucesos positivos, los negativos, la ideación y la planeación suicida tienen en la probabilidad de que los jóvenes de este grupo puedan presentar intento de suicidio, para evaluarlo se empleó un análisis de regresión logística.

El modelo completo fue estadísticamente significativo ($\chi^2 [4, N = 81] = 15.85, p < .003$) lo cual indica que logró distinguir entre los adolescentes que han y los que no han intentado suicidarse. Explicó entre el 17.8% (R^2 de Cox y Snell) y el 29% (R^2 de Nagelkerke) de la varianza en el intento de suicidio y clasificó correctamente al 86.4% de los casos.

Como se muestra en la Tabla 15, únicamente la variable de planeación suicida contribuyó significativamente al modelo y es el predictor más fuerte de presentar intento de suicidio en esta submuestra de riesgo, con una razón de momios (OR) de 6.61, lo cual indica que el riesgo de intentar suicidarse es casi siete veces mayor entre los jóvenes que han planeado su muerte que entre aquellos que no lo han hecho. A partir de estos resultados es posible determinar que el riesgo de intentar suicidarse es más alto entre los hombres de este grupo debido a la prevalencia que presentan para la planeación suicida (2.6%).

Tabla 15. Regresión Logística para el riesgo de intento suicida

	<i>B</i>	DE	Wald	<i>gl</i>	<i>p</i>	Odds Ratio	IC. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Sucesos Positivos	.076	.081	.880	1	.348	1.079	0.921	1.264
Sucesos Negativos	-.002	.017	.011	1	.918	.998	.965	1.033
Ideación suicida	1.19	.729	2.69	1	.101	3.309	.792	13.818
Planeación suicida	1.88	.746	6.41	1	.011	6.612	1.227	28.506
Constante	-3.51	1.64	4.57	1	.032	.030		

Estrategias de afrontamiento (CA-A)

Para identificar la manera en la que los jóvenes no resilientes enfrentan diversas problemáticas, se aplicó el Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes (CA-A).

Dentro de las principales estrategias empleadas por este grupo de jóvenes (Fig. 3) destacan las de Impotencia y Conducta Autolesiva y las de Rumiación e Impulsividad; seguidas de las Respuestas Fisiológicas y de las de tipo Evitativo; y en menor medida se encuentran aquellas estrategias dirigidas al tener Pensamientos positivos y Buscar soluciones para resolver los problemas, así como el Buscar el Apoyo de los miembros de su Familia.

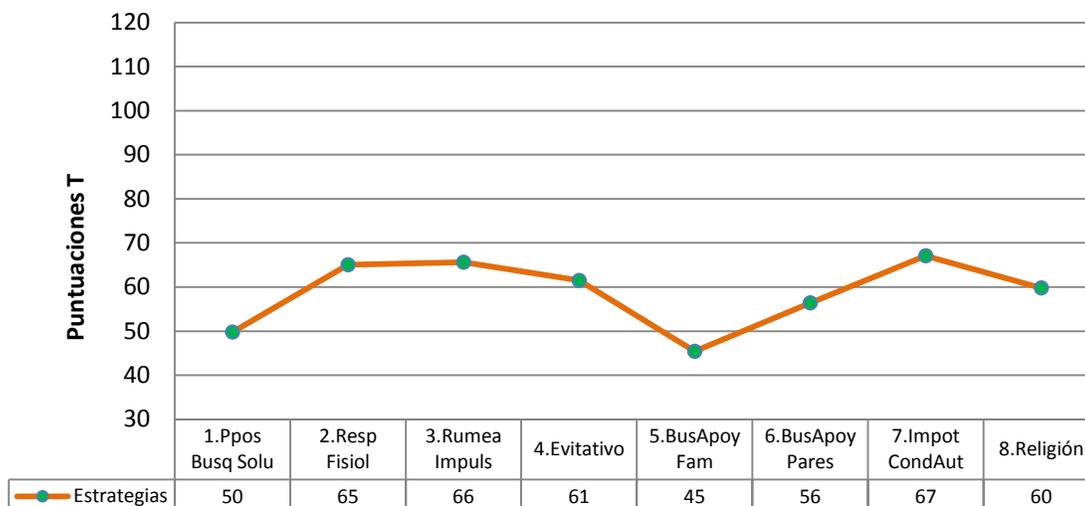


Figura 3. Estrategias de afrontamiento grupo de riesgo por suicidio

Al evaluar las diferencias por sexo mediante la prueba t de Student (Tabla 16) se encontraron diferencias estadísticamente significativas únicamente en las estrategias de Distracción y búsqueda de apoyo en el grupo de pares. Concretamente, son las mujeres quienes reportan mayor uso de este tipo de estrategias en comparación con los hombres. Ejemplos de algunos reactivos que componen este factor son:

- d. Intento olvidar el problema divirtiéndome con mis amigos.
- e. Pido consejo a un amigo(a) para solucionarlo.
- f. Platico el problema con alguien de confianza.

Tabla 16. Estrategias de afrontamiento, diferencias por género

	Hombres		Mujeres		t
	X	DE	X	DE	
Pensamiento positivo y Búsqueda de soluciones	51.29	19.01	48.84	19.84	0.549
Respuestas Fisiológicas	63.84	17.92	65.77	18.32	-0.465
Rumiación e Impulsividad	62.70	18.96	67.42	16.96	-1.164
Evitación	64.19	22.52	59.80	22.88	0.845
Búsqueda de apoyo en la familia	45.33	20.25	45.45	19.84	-0.028
Distracción y búsqueda de apoyo en el grupo de pares	49.41	24.39	60.72	20.17	-2.261*
Impotencia y conducta autolesiva	62.78	17.34	69.74	14.47	-1.868
Religión	59.16	18.83	60.17	19.01	-0.232

* $p \leq .05$

Características de personalidad (MMPI-A)

Al igual que la submuestra de adolescentes resilientes, a los jóvenes no resilientes se les administró la prueba de personalidad del MMPI-A para analizar sus características en este dominio.

En la aplicación de este inventario, realizada mediante un seguimiento a cinco meses del tamizaje, hubo muerte experimental de los participantes debido a que algunos de ellos ya no asistían a clases porque se dieron de baja y/o no se reinscribieron, o bien porque eran alumnos muy irregulares y su asistencia era muy escasa.

Debido a lo anterior, de los 81 alumnos en riesgo por estrés y suicidio se caracterizó a 59 de ellos, de los cuales se excluyeron tres casos debido a que sus perfiles del MMPI-A se invalidaron por presentar puntuaciones altas ($T \geq 70$) en la escala de inconsistencia de las respuestas variables (INVAR o VRIN, por sus siglas en inglés).

De los 56 alumnos evaluados, 19 eran hombres y 37 mujeres; el 50% cursaba el segundo semestre y el otro 50% el cuarto. El 71% asistía al turno matutino y el 29% al vespertino.

Los rasgos de personalidad que caracterizan a este grupo, se describen de acuerdo al sexo mediante los perfiles de las escalas básicas, de contenido y suplementarias del MMPI-A.

Interpretación del Perfil Masculino

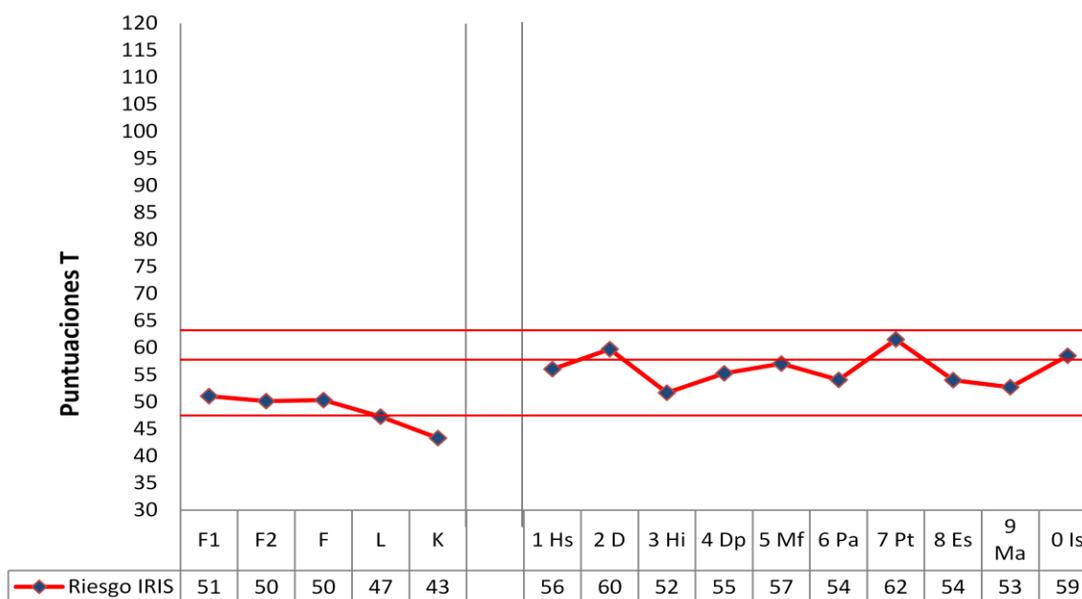


Figura 4. Perfil masculino, escalas de validez y clínicas del MMPI-A.

Escalas clínicas.

Mediante el perfil de las escalas clínicas (Fig. 4) se distinguen algunas elevaciones moderadas o moderadamente elevadas (T60-64) en tres escalas.

La puntuación de la escala de Psicastenia 7 Pt (T62) nos indica que estos adolescentes se muestran ansiosos, tensos y aprensivos. Presentan sentimientos de inseguridad, inadecuación e inferioridad; posibles problemas de concentración y pensamientos obsesivos; una tendencia a ser autocríticos, perfeccionistas, rumiantes y moralistas, así como tener mucho control de sus emociones y sentirse incómodos ante la expresión de sus sentimientos.

Por lo que respecta al segundo pico del perfil, las puntuaciones de la escala de Depresión 2 D (T 60) indican la presencia de algunos sentimientos de apatía, descontento, desesperanza, infelicidad, culpa o vergüenza. Así como falta de seguridad y un sentido de inadecuación y pesimismo, posiblemente vinculado con cierto retraimiento y aislamiento social.

La puntuación en la escala de Introversión Social 0 Is (T 59) complementa algunas características ya mencionadas en las otras escalas, como el que los jóvenes se muestran reservados, tímidos, inseguros e incómodos ante situaciones sociales.

Escalas de contenido.

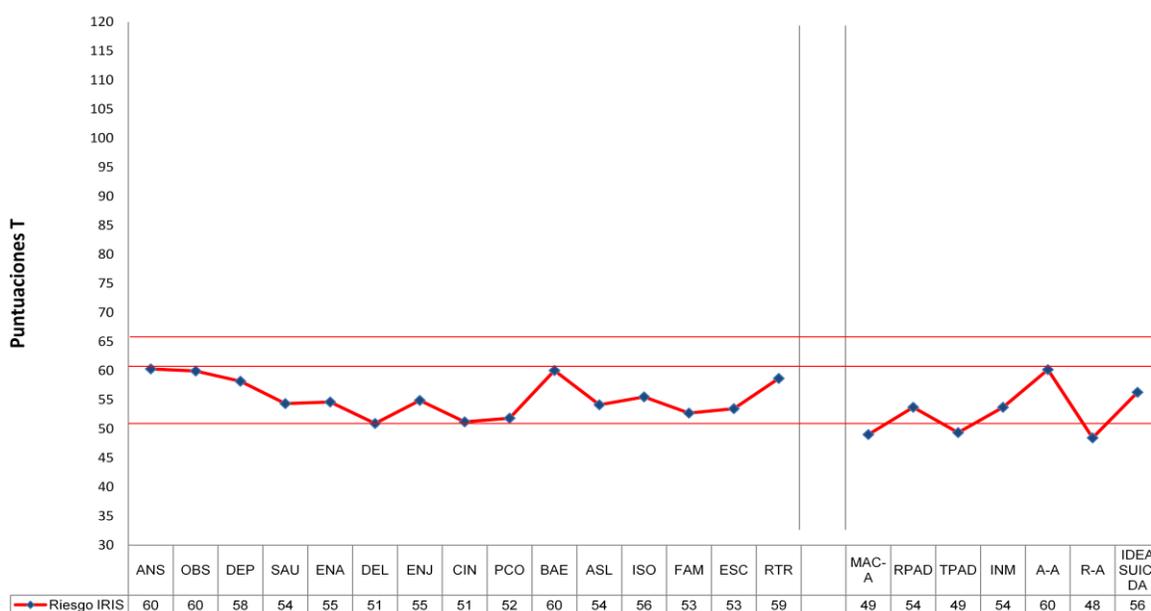


Figura 5. Perfil masculino, escalas de contenido y suplementarias del MMPI-A

De manera complementaria a las escalas clínicas, las puntuaciones en las escalas de contenido (Fig. 5) como la escala de ANS Ansiedad (T60) indican que estos jóvenes pueden tener síntomas de tensión, preocupaciones frecuentes, dificultades para conciliar el sueño, lo que les lleva a tener poca resistencia y sentir cansancio. Pueden también tener problemas de concentración, confusión e incapacidad para continuar las tareas. Posiblemente se sienten tristes, nerviosos, ansiosos y sean rumiantes lo cual les puede llevar a tener algunos pensamientos relacionados con la ideación suicida.

Por lo que sugiere la puntuación en la escala de Obsesividad Obs (T 60) llegan a manifestar preocupación excesiva y pensamientos repetitivos e intrusivos, lo cual les dificulta tomar decisiones.

La puntuación de la escala de Baja Autoestima BAE (T 60) confirma que los adolescentes de este grupo tienen opiniones negativas de sí mismos y falta de confianza, sentimientos de inadecuación e incompetencia. Son pasivos en sus relaciones interpersonales y pueden ceder fácilmente ante las presiones de otros. No se sienten capaces de planear su propio futuro.

Escalas Suplementarias.

Se observa (Fig. 5) que la puntuación más elevada es la de la escala de Ansiedad ANS (T60). Lo cual sugiere que, complementariamente con la escala de contenido ANS Ansiedad (T60), estos jóvenes presentan sentimientos de culpa, angustia, estrés, tensión, ansiedad, malestar emocional y trastornos emocionales generalizados. Pueden ser sujetos muy auto-críticos, inhibidos, temerosos, rumiantes y fácilmente alterables en situaciones sociales. Esta escala está altamente correlacionada con una mayor incidencia de presentar problemas relacionados con pensamientos, ideación e intentos de suicidio (Gordon, 1989).

Tareas del desarrollo

Las puntuaciones altas obtenidas en las escalas de Psicastenia (Pt, T = 62), Depresión (D, T = 60), Introversión social (Is, T = 59); Obsesividad (Obs, T = 60); Baja autoestima (BAE, T = 60); y Ansiedad (A-A, T = 60) indican que los jóvenes de este grupo presentan características que obstaculizan el buen funcionamiento psicológico vinculado con los procesos normales del desarrollo adolescente; debido a que se les dificulta establecer relaciones interpersonales y mantener vínculos emocionales con otras personas ya que tienden a ser inhibidos y sensibles a los

desaires y al rechazo; tienen un autoconcepto negativo y poca confianza en sí mismos; se muestran ansiosos, inseguros, tensos e indecisos lo que les genera dificultades para planear su futuro y tomar decisiones.

Interpretación del Perfil Femenino

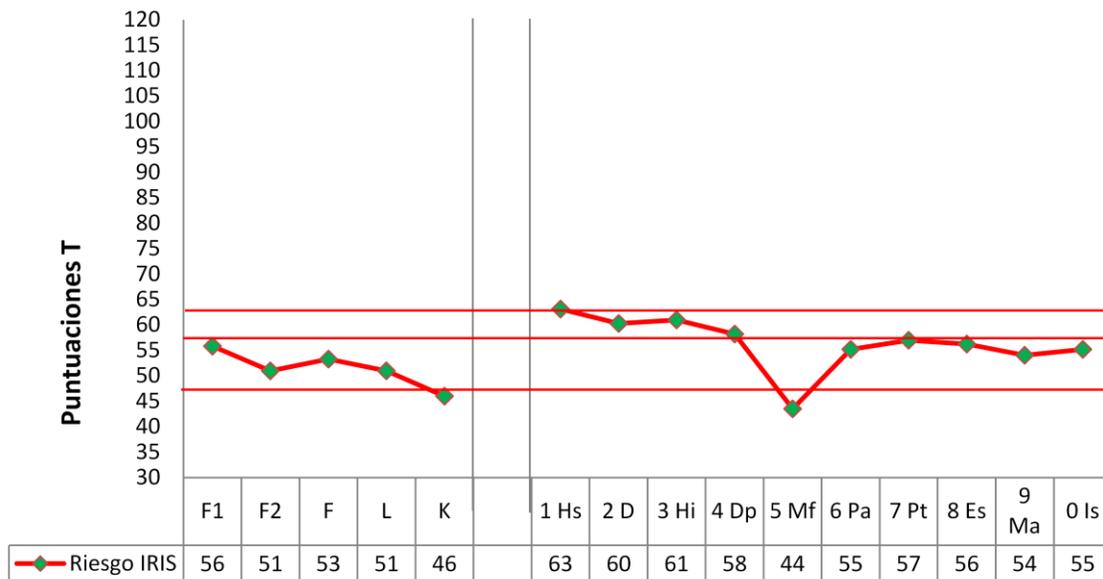


Figura 6. Perfil femenino, escalas de validez y clínicas del MMPI-A.

Escalas de control o validez.

Tal y como se observa en la fig. 6, la puntuación en la escala de mentira L (T = 51) indica que las jóvenes de esta submuestra de riesgo fueron honestas al contestar la prueba al reflejar un balance adecuado entre el reconocimiento y la negación de sus faltas sociales.

La puntuación en la escala de infrecuencia F (T = 53) refleja que han vivido experiencias de vida inusuales, que son hasta cierto comunes durante la adolescencia. Por su parte, la puntuación en la escala de Defensividad K (T = 46) indica cierto equilibrio entre los recursos de auto-protección y auto-cuidado que tienen estas adolescentes, pudiendo no siempre contar con muchos recursos.

Escalas clínicas.

Por lo que respecta a las escalas clínicas (Fig. 10) no se observan elevaciones clínicamente significativas debido a que ninguna se encuentra por arriba de T65, sin embargo algunas escalas tienen puntuaciones entre T60-64, consideradas como puntuaciones moderadas o moderadamente elevadas.

La elevación en la escala de Hipocondría 1 Hs (T63) indica que las mujeres de este grupo muestran preocupaciones por la salud y la enfermedad asociadas a quejas físicas, así como una tendencia a manifestar respuestas somáticas al estrés, las cuales pueden incluir trastornos alimentarios. La elevación en esta escala puede indicar un aumento en la probabilidad de tener problemas relacionados con diagnósticos neuróticos. Es posible que los otros las vean como centradas en sí mismas, pesimistas, insatisfechas, cínicas, demandantes, críticas y egoístas; tienden a manifestar poco *insight* en la psicoterapia. Es probable que reporten problemas escolares, incluyendo dificultades académicas y de ajuste, así como problemas familiares y dificultades económicas.

La elevación de la escala de Histeria 3 Hi (T61) nos señala una tendencia de estas mujeres a reaccionar ante el estrés o la ansiedad mediante la somatización y del desarrollo de síntomas físicos. Se muestran centradas en sí mismas, egocéntricas e inmaduras con fuertes necesidades de cariño, atención, aceptación y aprobación social. Pueden ser ingenuas y mostrar poco *insight* en áreas problemáticas.

Finalmente, la elevación en la escala de Depresión 2 D (T60) relacionada con la presencia de algunos indicadores de insatisfacción con la propia vida, nos indica que estas adolescentes pueden estar reportando algunos sentimientos de desánimo, desesperanza, infelicidad, apatía, falta de interés en actividades, moral baja, autoestima pobre, retraimiento y aislamiento social, hipersensibilidad, quejas y problemas físicos. Esta escala es una medida de depresión que puede estar asociada a ideas e intentos suicidas, a través de la presencia de sentimientos de culpa, vergüenza, autocrítica, incapacidad y pesimismo, por lo tanto su elevación representa un aspecto clínico muy importante a considerar, especialmente en este grupo de mujeres en riesgo de suicidio.

Escalas de contenido.

Mediante el perfil de las escalas de contenido (Fig. 7) se observan como picos las escalas de Preocupación por la salud SAU (T61) y Ansiedad ANS (T59).

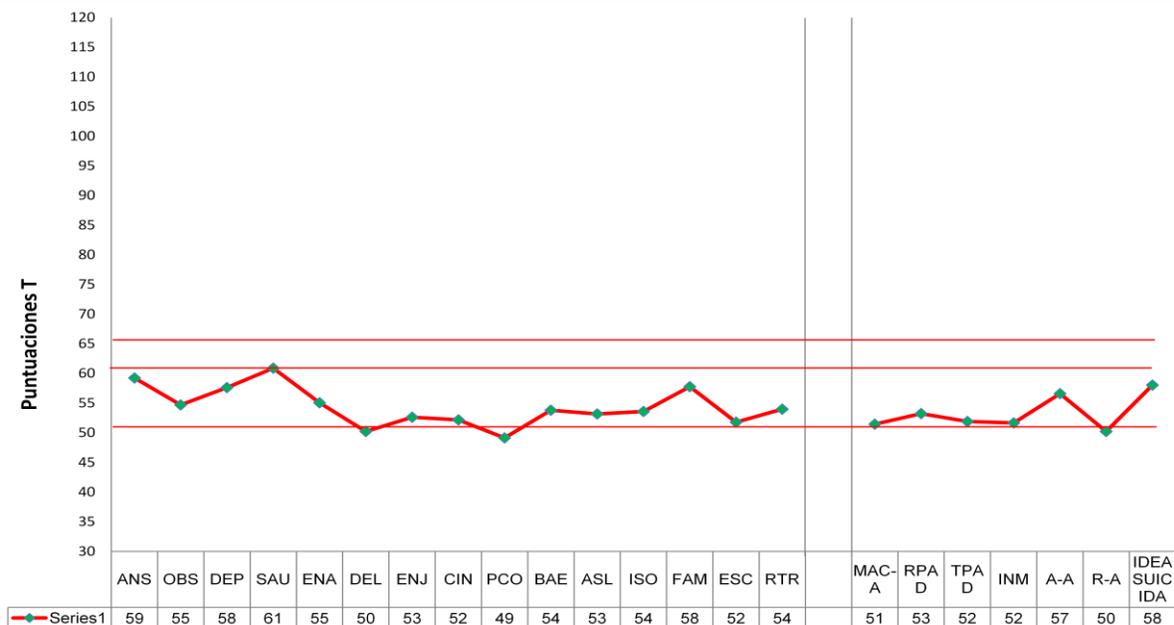


Figura 7. Perfil femenino, escalas de contenido y suplementarias del MMPI-A

La elevación en la escala de Preocupaciones por la Salud SAU (T61) sugiere la presencia de problemas físicos que interfieren con sus diversiones o con sus actividades extra escolares y que pueden contribuir a un significativo ausentismo escolar. Sus quejas físicas pueden estar asociadas a problemas gastrointestinales o neurológicos más específicos. Pueden sentir cansancio, debilidad y fatiga.

La puntuación de la escala de ANS Ansiedad (T59) indica que estas adolescentes tienden a sentirse ansiosas, tensas, nerviosas y con algunos pensamientos rumiantes. Pueden tener dificultades para conciliar el sueño, sentir cansancio, poca resistencia, problemas de concentración, confusión e incapacidad para continuar las tareas, así como tener sentimientos de inconformidad con su cuerpo. Pueden presentar sentimientos de tristeza y depresión, así como altas probabilidades de tener pensamientos e ideación suicida.

Escalas suplementarias.

No se presentan elevaciones altas o moderadas, únicamente se observa que las escalas con mayor puntuación son las escalas de Ideación Suicida (T58) y de Ansiedad A-A (T57). Estas escalas proporcionan información muy vinculada con la presencia de riesgo suicida en este grupo de chicas.

Tareas del desarrollo

Las puntuaciones obtenidas en las escalas de Depresión; Ansiedad y Problemas Familiares indican que las mujeres de este grupo presentan características desfavorables para las tareas del desarrollo que se espera realicen en esta etapa, ya que se muestran tensas, inseguras, con un autoconcepto negativo, son demandantes y dependientes, así como poco tolerantes a la frustración; son pesimistas y se sienten inconformes con su vida, sienten que nadie las entiende y que viven en un ambiente negativo.

Comparación de grupos: resilientes y no resilientes ante el suicidio.

En respuesta al tercer objetivo de esta fase, que considera la comparación de los atributos personales de los dos grupos de jóvenes: resilientes y no resilientes, a continuación se presentan los análisis comparativos que evalúan dichas características.

En primer lugar se buscó comparar las características sociodemográficas entre los grupos de resilientes y no resilientes, en función de lo cual se empleó el indicador estadístico chi cuadrado (χ^2). Posteriormente, se evaluaron las diferencias entre los niveles de estrés de los grupos mediante la prueba t de Student para muestras independientes así como la magnitud del efecto mediante el coeficiente de Cohen (d).

Por lo que respecta a los atributos personales, por un lado se analizaron las diferencias en los puntajes del Cuestionario de Afrontamiento mediante una prueba t para muestras independientes. Y por el otro, se analizaron las diferencias en las puntuaciones del MMPI-A de cada grupo de escalas mediante el ANOVA de un factor, y se estimó el tamaño del efecto con el índice eta al cuadrado (η^2).

Información Sociodemográfica

De la muestra de adolescentes en riesgo, el 45% ($n = 67$) se clasificó como resiliente y el 55% ($n = 81$) como no resiliente ante el riesgo de suicidio. La tabla 1 muestra las variables sociodemográficas de los jóvenes, con respecto a lo cual no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

Variable	Categoría	%		χ^2	gl	p
		Resilientes	No resilientes			
Sexo	Hombres	43.3	38.3	0.202	1	0.653
	Mujeres	56.7	61.7			
Tipo de familia	Monoparental	25.4	30.9	0.307	1	0.579
	Nuclear	74.6	69.1			
Tipo de actividades	Deportivas	38.5	22.5	8.803	6	0.185
	Sociales	4.6	11.3			
	Musicales	16.9	10.0			
	Culturales	7.7	7.5			
	Religiosas	3.1	3.8			
	Académicas	9.2	16.3			
	Ninguna	20.0	28.8			

Sucesos de vida estresantes (SVE)

El análisis del nivel de estrés entre el grupo resiliente y el no resiliente se realizó mediante una prueba t para muestras independientes para cada una de las áreas de sucesos estresantes. Se encontraron diferencias significativas en los sucesos negativos de las áreas familiar y personal (Tabla 2). La magnitud de la diferencia entre las medias para el área familiar (diferencia de medias = 4.23, 95% IC: 0.19 a 8.26) de acuerdo al tamaño del efecto fue pequeña ($d = 0.342$), sugiriendo que el 30% de los adolescentes no resilientes tienen mayores dificultades de tipo familiar en comparación con los resilientes. Por lo que respecta al área personal, la magnitud de la diferencia entre las medias (diferencia de medias = 6.46, 95% IC: 3.08 a 9.84) según el tamaño del efecto fue media ($d = 0.625$) lo cual indica que alrededor del 60% de los adolescentes no resilientes tienen mayores estresores a nivel personal que el grupo de adolescentes resilientes.

Tabla 2. Prueba t para sucesos de vida estresantes

	Resilientes		No resilientes		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>X</i>	<i>DE</i>		
Familiar	62.73	12.59	66.96	12.20	2.07	0.040
Social	62.45	11.37	63.29	12.04	0.43	0.666
Logros y Fracasos	62.07	11.71	64.52	9.63	1.40	0.164
Salud	59.39	13.50	57.66	12.52	-0.81	0.422
Personal	60.39	11.50	66.85	9.30	3.70	0.001
Problemas de conducta	55.58	12.19	54.42	10.69	-0.61	0.539
Escolar	57.49	13.72	55.04	12.74	-1.12	0.263

Estos datos se complementan con la información del IADA, donde los jóvenes no resilientes presentan mayor malestar emocional en las áreas familiar y personal (Tabla 2.1)

Tabla 2.1. Prueba t para áreas de malestar emocional IADA

	Resilientes		No resilientes		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>X</i>	<i>DE</i>		
Familiar	53.29	9.94	62.21	11.90	4.89	0.001
Social	46.89	9.17	52.60	12.09	3.26	0.001
Escolar	43.99	5.27	47.16	5.48	3.56	0.001
Personal	44.50	8.27	57.36	10.28	8.44	0.001
Salud	51.16	10.42	51.12	8.40	-0.028	0.977

Estrategias de afrontamiento(CA-A)

Se evaluó la diferencia en el uso de estrategias de afrontamiento entre los grupos mediante el análisis de varianza. Tal como se observa en la Fig. 1 y en la Tabla 3, existen diferencias significativas entre los grupos, las cuales nos indican que los jóvenes no resilientes emplean más estrategias vinculadas con la impotencia y conducta autolesiva, rumiación e impulsividad, y tienden a desarrollar más respuestas de tipo fisiológico que los jóvenes resilientes, quienes emplean más estrategias relacionadas con tener pensamiento positivo y estar orientados a la búsqueda de solución de problemas, así como al buscar mayor de apoyo en la familia.

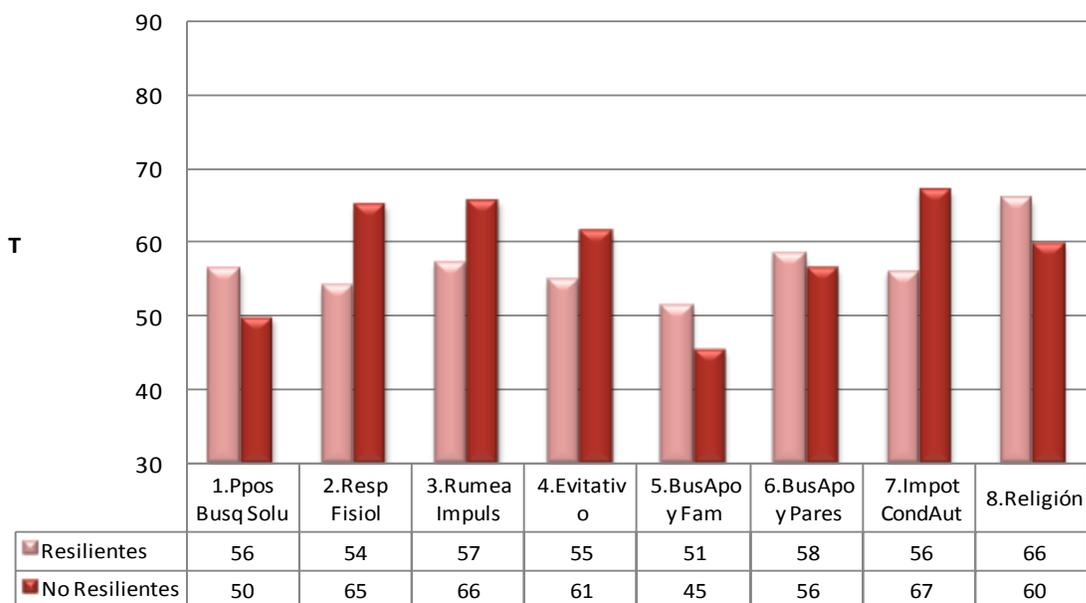


Figura 2. Estrategias de afrontamiento grupos resiliente y no resiliente

Tabla 3. Estrategias de afrontamiento, diferencias por grupo de riesgo

	Resilientes		No resilientes		F	p	η^2
	X	DE	X	DE			
Pensamiento positivo y Búsqueda de soluciones	56.48	19.57	49.77	19.45	4.669	.032	.030
Respuestas Fisiológicas	54.11	18.26	65.03	18.08	14.853	.001	.092
Rumiación e Impulsividad	57.34	17.65	65.62	17.79	14.407	.001	.089
Evitación	54.88	21.16	61.48	22.7	3.231	.074	.021
Búsqueda de apoyo en la familia	51.46	17.85	45.41	19.87	4.089	.045	.027
Distracción y búsqueda de apoyo en el grupo de pares	58.41	23.1	56.39	22.43	.241	.624	.001
Impotencia y conducta autolesiva	56.08	14.94	67.07	15.89	8.199	.005	.053
Religión	65.96	16.97	59.78	18.83	.527	.469	.003

Características de personalidad (MMIP-A)

Respecto a las características de personalidad, se evaluaron diferencias ($p < .05$) por género y factor de resiliencia en las escalas de control, clínicas, de contenido y suplementarias del MMPI.

Se obtuvieron los perfiles para representar gráficamente las diferencias (Figs. 1- 3) y mediante la información presentada en las tablas (3- 5) se muestran los resultados en los que el análisis de varianza mostró diferencias entre los grupos.

Escalas de control y clínicas

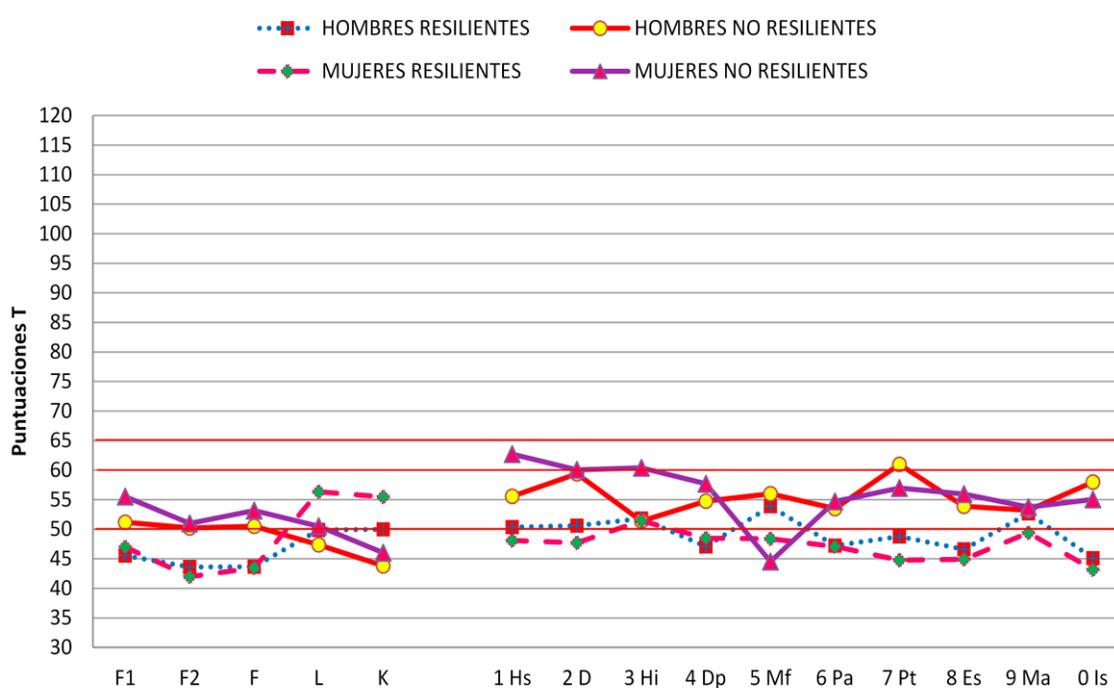


Figura 1. Valores T obtenidos por los grupos de adolescentes varones y mujeres, resilientes y no resilientes en las escalas de validez y clínicas del MMPI-A.

En las escalas de control se obtuvieron diferencias significativas en todas las dimensiones (Tabla 3). Los tamaños del efecto evaluados mediante *eta* al cuadrado mostraron que estas diferencias son medias, y que explican entre el 8.7% y el 26.6% de la varianza.

Tabla 3. Diferencias en los valores de las escalas de control del MMPI-A

	Hombres		Mujeres		Total	F	p	η^2
	Resilientes n = 24	No resilientes n = 19	Resilientes n = 26	No resilientes n = 37	N = 106			
Escalas de Control	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)			
Infrecuencia FI	45.54 (5.27)	51.05 (9.05)	46.92 (5.28)	55.81 (13.57)	50.45 (10.43)	7.094	.001	0.17
Infrecuencia F2	43.63 (5.19)	50.16 (6.55)	41.77 (3.50)	50.97 (9.33)	46.91 (7.92)	12.356	.001	0.27
Infrecuencia F	43.67 (4.88)	50.37 (6.82)	43.35 (3.55)	53.27 (11.56)	48.14 (9.08)	11.210	.001	0.25
Mentira L	49.88 (9.34)	47.32 (9.65)	56.65 (13.07)	50.95 (9.90)	51.45 (10.94)	3.251	.025	0.09
Defensividad K	50.00 (10.28)	43.32 (8.06)	55.54 (10.08)	45.97 (9.47)	48.75 (10.45)	7.552	.001	0.18

Mediante el análisis post hoc (Scheffé) se determinó que las diferencias en las puntuaciones de las escalas de Infrecuencia, todas ellas indicadores de desajuste psicológico, se ubican para F1 entre las mujeres no resilientes y los hombres ($p = .001$) y mujeres resilientes ($p = .006$). Para F2, las diferencias se presentaron entre los dos grupos de riesgo independientemente del género, es decir, entre los hombres no resilientes y los hombres ($p = .027$) y mujeres resilientes ($p = .002$), y entre las mujeres no resilientes y los hombres y mujeres resilientes ($p = .001$). Mientras que para la F, algunas diferencias se ubican por una parte entre los hombres no resilientes y las mujeres resilientes ($p = .042$) y las más significativas están entre las mujeres no resilientes y los hombres y mujeres resilientes ($p = .0001$). En la escala de Mentira L, vinculada con la apertura para contestar la prueba, no existen diferencias significativas de acuerdo con la corrección de Bonferroni a partir de lo cual se estableció un $p < .01$. Mientras que para la escala de Defensividad K, relacionada con los recursos que poseen para resolver las dificultades, las diferencias se encontraron entre las mujeres resilientes y los hombres ($p = .001$) y mujeres no resilientes ($p = .003$) lo cual indica que las mujeres resilientes tienen mayores recursos.

De acuerdo con los datos de la tabla 4, se observan diferencias significativas en todas las escalas clínicas con una magnitud grande ($\eta^2 > 0.15$) a excepción de la escala de Hipomanía. Se omiten los datos de la escala 5 Masculinidad-Feminidad, debido a que no está considerada como una escala clínica y a que su uso e interpretación debe realizarse en función del género (Archer comunicación personal, 13 de mayo, 2011).

Tabla 4. Diferencias en los valores de las escalas clínicas del MMPI-A

Escalas Clínicas	Hombres		Mujeres		Total	F	p	η^2
	Resilientes No resilientes		Resilientes No resilientes		N = 106			
	n = 24	n = 19	n = 26	n = 37				
Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)				
1 Hs	50.38 (11.44)	56.05 (11.89)	47.73 (9.30)	63.11 (11.48)	55.19 (12.65)	11.837	.001	0.258
2 D	50.63 (7.21)	59.74 (11.94)	46.96 (8.71)	60.30 (11.36)	54.74 (11.51)	11.865	.001	0.259
3 Hi	51.83 (10.82)	51.68 (9.69)	51.12 (8.14)	61.00 (10.73)	54.83 (10.85)	7.249	.001	0.175
4 Dp	47.08 (8.33)	55.32 (8.77)	47.88 (9.38)	58.22 (10.98)	52.64 (10.75)	9.338	.001	0.215
Desviación Psicopática	47.25 (5.30)	54.11 (11.24)	46.46 (7.74)	55.22 (11.31)	51.07 (10.11)	6.458	.001	0.159
6 Pa	48.79 (9.11)	61.53 (8.16)	44.62 (8.37)	56.97 (10.99)	52.91 (11.31)	15.569	.001	0.314
7 Pt	46.63 (8.04)	54.05 (8.46)	44.73 (7.19)	56.24 (12.13)	50.85 (10.71)	9.709	.001	0.222
8 Es	52.71 (9.33)	52.74 (11.42)	49.62 (5.69)	54.05 (11.85)	52.42 (10.01)	1.023	.386	0.029
9 Ma	45.13 (9.67)	58.53 (12.28)	42.96 (7.73)	55.19 (10.46)	50.51 (11.75)	13.900	.001	0.290
0 Is								
Introversión Social								

Concretamente, el análisis post hoc (Scheffé) indica que las diferencias entre los hombres y mujeres de ambos grupos se encuentran en las escalas de Depresión ($p = .01$), Psicastenia ($p =$

.01) e Introversión social ($p = .001$). Para las escalas de Hipocondrías y Desviación Psicopática, las diferencias se ubican entre las mujeres no resilientes y los hombres y mujeres resilientes ($p = .001$), al igual que en la escala de Paranoia, donde las mujeres no resilientes difieren de los hombres ($p = .019$) y mujeres resilientes ($p = .006$). En la escala de Histeria, las puntuaciones en las medias de las mujeres no resilientes fueron significativamente más altas que las de los hombres no resilientes ($p = .015$), los hombres resilientes ($p = .009$) y las mujeres resilientes ($p = .003$). Mientras que en la escala de Esquizofrenia las puntuaciones de los varones no resilientes difieren de las mujeres resilientes ($p = .019$) y las de las mujeres no resilientes son superiores a las de hombres ($p = .003$) y mujeres resilientes ($p = .0001$).

Desde una perspectiva clínica, se aprecia que los perfiles de los grupos no resilientes son más elevados que los de los resilientes (Fig. 1). En especial, el perfil de las mujeres no resilientes se caracteriza por tener puntuaciones $T \geq 60$ en las escalas de Hipocondrías, Depresión e Histeria. Los adolescentes varones no resilientes puntúan por arriba de $T 60$ la escala de Psicastenia y marginalmente la de Depresión (ver gráfica 1). Mientras que los perfiles de los adolescentes resilientes (mujeres y varones) no presentan ninguna elevación clínica, en ningún caso se superan valores $T > 55$ en ninguna escala.

En cuanto a valores $T \leq 45$ conviene destacar que las mujeres resilientes se muestran especialmente bajas en las escalas de Introversión social, Psicastenia y Esquizofrenia. Es decir, se muestran socialmente expansivas, gregarias, enérgicas y activas, confiadas, y acomodan su pensamiento a la realidad, son convencionales, prácticas y prudentes en la aproximación a los problemas (Archer, 2005). Los varones resilientes por su parte, se muestran especialmente gregarios, enérgicos y socialmente expansivos.

Escalas de contenido

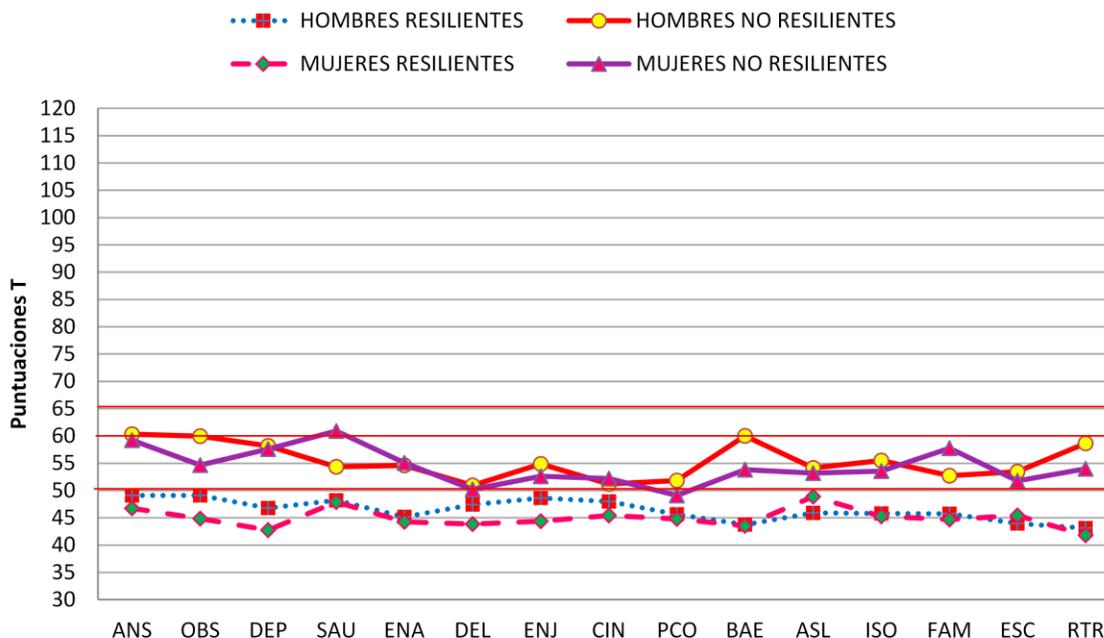


Figura 2. Valores T obtenidos por los grupos de adolescentes varones y mujeres, resilientes y no resilientes en las escalas de contenido del MMPI-A.

Por lo que respecta a las escalas de contenido (Tabla 5) se obtuvieron diferencias significativas en trece escalas con un tamaño del efecto grande ($\eta^2 > .08$). Las escalas de Cinismo y de Problemas de conducta no ofrecieron diferencias relevantes.

Mediante las pruebas post hoc (Scheffé) estas diferencias entre los hombres y mujeres de ambos grupos se identifican en las escalas de Ansiedad ($p = .01$) y Depresión ($p = .001$).

Por otra parte, los hombres no resilientes refieren mayores dificultades en las escalas de Obsesividad, Baja Autoestima y Rechazo al Tratamiento que los hombres y mujeres resilientes ($p = .01$). Mientras que las mujeres no resilientes refieren más dificultades en las escalas de Preocupación por la Salud y Problemas Familiares, en comparación con los hombres y mujeres resilientes ($p = .0001$).

Tabla 5. Diferencias en las escalas de contenido del MMPI-A

Escalas de Contenido	Hombres		Mujeres		Total	F	p	η^2
	Resilientes N = 24	No resilientes N = 19	Resilientes N = 26	No resilientes N = 37	N = 106			
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)			
ANS	49.13	60.32	46.73	59.24	54.08	11.196	0.000	0.247
Ansiedad	(10.54)	(8.79)	(9.00)	(12.16)	(11.96)			
OBS	49.13	59.95	44.88	54.70	51.97	10.688	0.000	0.239
Obsesividad	(8.89)	(10.25)	(7.51)	(11.03)	(10.90)			
DEP	46.79	58.21	42.77	57.62	51.63	18.945	0.000	0.357
Depresión	(9.19)	(7.67)	(7.10)	(10.89)	(11.25)			
SAU	48.21	54.37	47.92	60.89	53.67	11.840	0.000	0.258
Preocupaciones por la salud	(9.22)	(10.93)	(7.03)	(11.49)	(11.38)			
ENA	45.17	54.63	44.27	55.08	50.10	9.905	0.000	0.225
Enajenación	(9.24)	(11.46)	(6.99)	(10.52)	(10.83)			
DEL	47.46	50.95	43.88	50.22	48.17	3.191	0.027	0.086
Pensamiento delirante	(8.59)	(8.95)	(7.44)	(10.42)	(9.37)			
ENJ	48.63	54.89	44.42	52.65	50.12	5.642	0.001	0.142
Enojo	(8.69)	(10.55)	(8.30)	(10.52)	(10.24)			
CIN	48.00	51.21	45.46	52.19	49.42	2.586	0.057	0.071
Cinismo	(8.18)	(9.35)	(10.79)	(11.18)	(10.39)			
PCO	45.67	51.84	44.81	49.14	47.77	2.337	0.078	0.064
Problemas de conducta	(8.75)	(13.14)	(8.05)	(10.49)	(10.31)			
BAE	43.75	60.05	43.54	53.81	50.13	17.637	0.000	0.341
Baja autoestima	(8.05)	(11.31)	(7.42)	(9.81)	(11.17)			
ASL	45.92	54.16	48.92	53.19	50.67	5.026	0.003	0.128
Aspiraciones limitadas	(6.62)	(10.22)	(7.87)	(9.01)	(8.97)			
ISO	45.83	55.53	45.27	53.59	50.14	4.944	0.003	0.126
Incomodidad en situaciones sociales	(7.73)	(14.65)	(8.49)	(14.03)	(12.42)			
FAM	45.75	52.74	44.69	57.78	50.94	11.374	0.000	0.250
Problemas familiares	(8.46)	(8.59)	(10.21)	(11.48)	(11.46)			
ESC	43.96	53.47	45.42	51.78	48.75	5.894	0.001	0.147
Problemas escolares	(8.46)	(8.47)	(10.55)	(9.90)	(10.17)			
RTP	43.13	58.68	41.81	54.00	49.39	15.284	0.000	0.310
Rechazo al tratamiento	(8.29)	(13.21)	(6.78)	(11.73)	(12.22)			

Desde el aspecto clínico, en la Fig. 2 se aprecia que los perfiles de los grupos no resilientes son más elevados que los de los resilientes. Especialmente el perfil de las mujeres no resilientes se caracteriza por presentar valores $T \geq 60$ la escala de Preocupaciones por la salud. Los varones no resilientes presentan valores $T \geq 60$ las escalas de Ansiedad, Obsesividad, y Baja autoestima.

Los perfiles de los adolescentes resilientes (hombres y mujeres) no presentan alguna elevación clínica, en ningún caso se presentan valores $T > 50$ en ninguna escala. Los varones resilientes presentan valores $T < 45$ en las escalas de Autoestima, Problemas escolares y Rechazo del tratamiento, lo cual indica que son jóvenes especialmente seguros de sí mismos, adaptados al entorno educativo y dispuestos a aceptar ayuda. Las mujeres resilientes, por su parte, presentan valores $T < 45$ en las escalas de Depresión, Enajenación, Pensamiento delirante, Enojo, Baja autoestima, Problemas familiares y Rechazo al tratamiento. Ello indica que son adolescentes que se destacan por tener autoestima alta, ser entusiastas, no recurren al enojo, muestran un pensamiento realista, están bien adaptadas al entorno familiar y se muestran dispuestas a recibir ayuda.

Escalas suplementarias

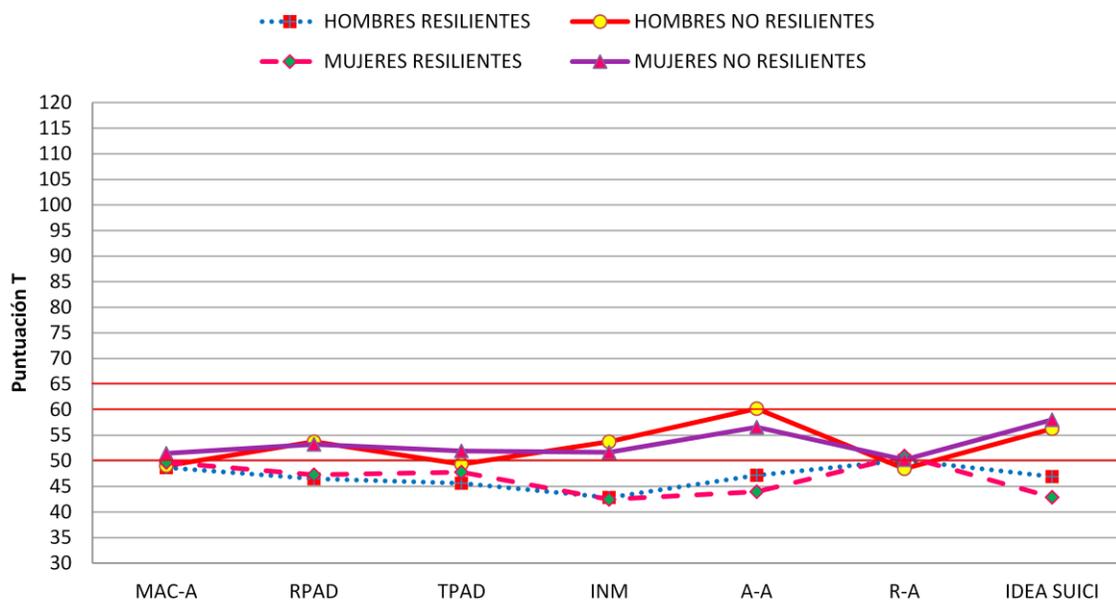


Figura 3. Valores T obtenidos por los grupos de adolescentes varones y mujeres, resilientes y no resilientes en las escalas suplementarias del MMPI-A.

Finalmente, en las escalas suplementarias (Tabla 6) se obtuvieron diferencias significativas en la escala de Inmadurez (INM), que de acuerdo con las comparaciones múltiples de Scheffé, estas diferencias se encuentran entre los hombres y mujeres no resilientes en comparación con los hombres y mujeres resilientes ($p = .001$). Esta tendencia se presenta también en las escalas de Ansiedad (A-A) y en la de Ideación suicida, donde los hombres y mujeres no resilientes puntúan

más alto que los hombres y mujeres resilientes ($p = .01$). Especialmente la escala de Ansiedad A-A, la cual puede considerarse como un índice de malestar general.

Tabla 6. Diferencias en las escalas suplementarias y en la escala experimental de Ideación suicida del MMPI-A

	Hombres		Mujeres		Total	F	p	η^2
	Resilientes n = 24	No resilientes n = 19	Resilientes n = 26	No resilientes n = 37	N = 106			
Escalas Suplementarias	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)			
RPAD- Reconocim-ento de problemas con alcohol y/o drogas	46.50 (8.64)	53.74 (12.31)	47.27 (7.86)	53.24 (9.36)	50.34 (9.89)	4.204	0.008	0.110
TPAD Tendencia a problemas con alcohol y/o drogas	45.63 (8.00)	49.37 (12.36)	47.81 (11.46)	51.92 (11.15)	49.03 (10.96)	1.782	0.155	0.050
INM Inmadurez	42.83 (6.66)	53.74 (10.31)	42.46 (6.45)	51.68 (9.94)	47.78 (9.80)	11.546	0.000	0.253
A-A Ansiedad	47.21 (9.04)	60.21 (9.40)	43.96 (8.36)	56.59 (10.33)	52.02 (11.28)	16.109	0.000	0.321
R-A Represión	50.13 (8.81)	48.47 (10.24)	50.96 (10.23)	50.24 (11.21)	50.08 (10.18)	0.221	0.882	0.006
Ideación suicida	46.94 (7.73)	56.31 (7.65)	42.88 (6.23)	58.05 (11.56)	51.50 (10.98)	18.472	0.000	0.352

A nivel clínico, es factible determinar (Fig. 3) que los chicos no resilientes se caracterizan por mostrar valores $T \geq 60$ en la escala de ansiedad. Las mujeres no resilientes no presentan ningún valor por encima de $T \geq 60$. Los hombres y mujeres resilientes obtienen valores $T \leq 45$ en la escala de Inmadurez, y además las mujeres destacan por obtener valores $T \leq 45$ en las escalas de Ansiedad y Riesgo suicidio. Ello indica elevada madurez personal y emocional en hombres y mujeres así como estabilidad y control emocional, y un bajo riesgo suicida en las mujeres.

Modelo de protección-vulnerabilidad

Para determinar cómo se relacionan las variables propuestas en el modelo de protección vulnerabilidad en el cual se basa este estudio, se realizó primero un análisis de correlaciones y posteriormente se realizó un análisis discriminante para poder concluir cuáles son las variables de riesgo o protección que mejor predicen el que los jóvenes sean resilientes o no resilientes, es decir, aquellas que mejor clasifican a los grupos de riesgo considerando los sucesos estresantes, las características de personalidad y las estrategias de afrontamiento.

En las figuras 4 y 5 se presentan los modelos de correlaciones entre las variables de estrés, malestar emocional y estrategias de afrontamiento para los grupos de resilientes y no resilientes, a partir de lo cual se puede observar que la interacción entre el estrés y los factores de riesgo y protección son muy distintos entre los dos grupos.

Con respecto al modelo de riesgo-protección para el grupo de jóvenes resilientes, se observa que dentro de la dinámica familiar, el tener más sucesos positivos está relacionado con emplear estrategias de afrontamiento que involucren la búsqueda de apoyo en la familia. Así mismo, por lo que respecta al ámbito social vinculado con las pautas de interacción de los adolescentes en su grupo de pares, el tener más sucesos positivos está relacionado con tener menores sentimientos de inseguridad. Por su parte, en el ámbito personal el tener más sucesos positivos está asociado con un mayor control materno, mientras que el tener sucesos negativos está relacionado con tener malestares físicos, problemas emocionales de los padres y poca calidad en las relaciones familiares. Por lo que respecta a los sucesos negativos en el ámbito de la salud, estos están relacionados con tener mayor control paterno, así como un patrón de consumo de tabaco, alcohol y sustancias. En lo referente a los eventos negativos vividos en el contexto escolar, éstos se encuentran relacionados con tener un rendimiento inadecuado así como emplear estrategias de afrontamiento dirigidas al tener un pensamiento positivo y búsqueda de soluciones. Finalmente, el empleo de la religión como estrategia de afrontamiento en este grupo de jóvenes, se encuentra relacionado con tener mayores sentimientos de inseguridad y susceptibilidad social.

Por lo que respecta al grupo de no resilientes, las principales relaciones entre los factores de riesgo, se encuentran en el ámbito de la salud donde a mayores sucesos negativos mayor patrón de consumo de sustancias; mientras que en el ámbito escolar, entre más sucesos negativos mayor rendimiento inadecuado y mayores problemas de relación. Por otra parte, los sucesos negativos vividos en el área de logros y fracasos están vinculados con el que los padres presenten problemas de salud. En cuanto a las estrategias de afrontamiento como factores de riesgo o protección, la búsqueda de apoyo en la familia se relaciona con tener un vínculo pobre con los padres, un ambiente familiar negativo, vulnerabilidad emocional y poca calidad en las relaciones familiares. Mientras que el emplear estrategias de afrontamiento asociadas con la búsqueda de apoyo en los pares se relaciona con tener relaciones interpersonales satisfactorias y mayor inconsistencia familiar; por otra parte, el tener un pensamiento positivo y estar orientado a la búsqueda de soluciones, está relacionado de manera negativa con la insatisfacción escolar. El empleo de estrategias de impotencia y conducta autolesiva, está relacionado con tener mayor inconformidad consigo mismo y presentar sentimientos de inseguridad; y finalmente, las respuestas fisiológicas como estrategias de afrontamiento están vinculadas con problemas emocionales de los padres y con tener mayor susceptibilidad social.

Una vez identificado el modelo de riesgo-protección para ambos grupos se realizó un análisis discriminante incluyendo las variables que fueron significativas así como todas las variables de personalidad para poder determinar cuáles son aquellas que mejor discriminan entre los grupos.

De acuerdo con los resultados del análisis discriminante, la prueba M de Box sobre la igualdad de matrices de varianzas-covarianzas (Tabla 7) rechaza la hipótesis nula ($F = 1.363, p = .001$) y se sostiene que existen diferencias estadísticamente significativas entre las matrices de los grupos.

Tabla 7. Resultados de la prueba M de Box

	M de Box	137.479
	Aprox.	1.849
F	gl1	66
	gl2	33578.575
	Sig.	.000

Mediante la información de la tabla 8, observamos que el autovalor obtuvo un valor positivo a partir de lo cual se puede afirmar que la varianza de las puntuaciones discriminantes debida a las diferencias entre los grupos es mayor que aquella debida a las diferencias individuales entre los sujetos; la correlación canónica por su parte, obtuvo un valor alto (.806) lo cual indica que las variables discriminantes permiten diferenciar entre los grupos; y finalmente, mediante los resultados obtenidos con el estadístico λ de Wilks ($\chi^2 = 103.308, p = .001$) se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existen diferencias en las puntuaciones que los jóvenes obtienen en las variables explicativas en función del grupo de riesgo al que pertenecen.

Tabla 8. Autovalor y contraste de hipótesis de la función discriminante

Función	Autovalor	Correlación canónica	Lambda Wilks	χ^2	gl	Sig.
1	1.854(a)	.806	.350	103.308	11	.001

El análisis discriminante se realizó mediante el método por pasos; a partir de los resultados de la tabla 9 podemos señalar que las variables que mejor ayudan a clasificar a los grupos son la depresión, la susceptibilidad social, la estrategia de afrontamiento de rumiación e impotencia, las características de feminidad, la desaprobación paterna y de relaciones, los sucesos escolares negativos, las preocupaciones por la salud, las características de esquizofrenia, los conflictos con los hermanos y el tener un autoconcepto negativo.

Tabla 9. Variables introducidas en el análisis discriminante, método por pasos

Paso	Número de variables	Lambda	gl1	gl2	gl3	F exacta			
						Estadístico	gl1	gl2	Sig.
1	Depresión (DEP)	.658	1	1	104	54.125	1	104.000	.001
2	Susceptibilidad social	.580	2	1	104	37.364	2	103.000	.001
3	Rumiación e impotencia	.545	3	1	104	28.407	3	102.000	.001
4	Mf Femenino	.507	4	1	104	24.551	4	101.000	.001
5	Desaprobación paterna	.478	5	1	104	21.840	5	100.000	.001
6	Desaprobación de relaciones	.447	6	1	104	20.441	6	99.000	.001
7	Sucesos estresantes área escolar	.427	7	1	104	18.756	7	98.000	.001
8	Preocupación por la salud	.411	8	1	104	17.384	8	97.000	.001
9	Esquizofrenia	.385	9	1	104	17.006	9	96.000	.001
10	Conflicto con los hermanos	.368	10	1	104	16.302	10	95.000	.001
11	Autoconcepto negativo	.350	11	1	104	15.845	11	94.000	.001

En la tabla 10 se presentan los pesos que cada variable del modelo tienen en la función discriminante y que nos permiten conocer la importancia que adquieren a la hora de predecir el grupo de pertenencia, y que según la interpretación basada en el valor de los centroides (Tabla 11) el grupo de jóvenes en riesgo de suicidio tiende a obtener puntuaciones positivas en la función discriminante, mientras que el grupo de resilientes tiende a obtener puntuaciones negativas, sabido esto, la función discriminante nos indica que un incremento en las variables con signo positivo, como *autoconcepto negativo* por ejemplo, hará más probable que los jóvenes obtengan una puntuación positiva y con ello, indicará que se ajustan al patrón de los jóvenes en riesgo de suicidio. Por el contrario, una puntuación por debajo de la media en esta variable, será característico de los jóvenes resilientes. En cuanto a las variables con signo negativo, por ejemplo *características de feminidad*, un valor por encima de la media hará disminuir la puntuación discriminante (dado que el signo es negativo) y será más característico de los jóvenes resilientes y viceversa, una puntuación en las *características de feminidad* por debajo de la media, aumentará las posibilidades de que el joven sea clasificado como en riesgo de suicidio. De esta forma, se podría afirmar que los jóvenes en riesgo de suicidio tienen mayores conflictos con los hermanos, desaprobación de los padres, susceptibilidad social (son tímidos, temerosos, nerviosos y desconfiados), tienen un autoconcepto negativo, emplean mayores estrategias de rumiación e

impotencia ante los problemas, muestran sentimientos de depresión y preocupaciones por su salud; mientras que los jóvenes resilientes presentan mayor desaprobación paterna con respecto a sus gustos e intereses, tienen mayor estrés en el área escolar, son más vigorosos, asertivos, competitivos y dominantes.

Tabla 10. Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

	Función 1
Desaprobación de relaciones	-.422
Conflicto con los hermanos	.359
Desaprobación paterna	.460
Susceptibilidad social	.387
Autoconcepto negativo	.287
Sucesos estresantes área escolar	-.321
Rumiación e impotencia	.425
Mf Femenino	-.386
Esquizofrenia	-.590
DEP Depresión	.721
SAU Preocupación por la salud	.452

Tabla 11. Funciones en los centroides de los grupos

Grupos	Función 1
Riesgo de suicidio	1.274
Resilientes	-1.427

Finalmente, en la tabla 12 se observa que mediante este análisis se clasificó correctamente el 93.4% de los casos agrupados originalmente.

Tabla 12. Resultados de la clasificación

		Grupo de pertenencia pronosticado		
		Riesgo de suicidio	Resilientes	Total
Recuento	Riesgo de suicidio	52	4	56
	Resilientes	3	47	50
%	Riesgo de suicidio	92.9	7.1	100.0
	Resilientes	6.0	94.0	100.0

a Clasificados correctamente el 93.4% de los casos agrupados originales.

Fase III. Intervención

Justificación

Trabajar con poblaciones vulnerables implica un gran compromiso, tanto en la retroalimentación y devolución de resultados, como en los servicios de atención que puedan ser proporcionados. Esto cobra especial importancia en poblaciones en riesgo de presentar conducta suicida, a quienes la devolución de resultados debe proporcionarse de tal forma que no se atente contra su integridad emocional.

A partir de los resultados obtenidos en la Fase I de este estudio, a los alumnos que participaron en el tamizaje se les dio una devolución general de algunos resultados de la batería de pruebas psicológicas que contestaron. Y se les ofreció atención psicológica a aquellos adolescentes que fueron detectados en riesgo, de una manera discreta y bajo una atmósfera de confianza donde no se sintieran señalados ni criticados.

De esta forma, en función de los aspectos éticos relacionados con detectar a jóvenes en riesgo y no proporcionarles apoyo, en la tercera fase de este estudio se planteó la realización de un grupo de reflexión para adolescentes en riesgo de suicidio.

El propósito de este grupo fue promover el diálogo y la reflexión entre los adolescentes sobre aspectos relacionados con la forma en la que afrontan diversos sucesos, tanto normativos como no normativos. La discusión grupal giró en torno a tres temas principales: sexualidad, uso y abuso de sustancias, y manejo de emociones, todos ellos relacionados con diversas conductas de riesgo que pueden repercutir en la integridad física y mental de los jóvenes, en especial, el suicidio.

Este grupo de reflexión se realizó desde la óptica de la resiliencia, cuyas acciones de intervención están descritos en términos de promover competencias y bienestar en las personas (Luthar, 2003) así como fomentar estrategias de afrontamiento que les permitan un mejor abordaje de los problemas que se les presentan.

Objetivo general

Realizar un grupo de reflexión en el contexto escolar, basado en la promoción de competencias y estrategias de afrontamiento entre jóvenes estudiantes de bachillerato que fueron detectados en riesgo de suicidio.

Objetivos específicos

1. Incidir sobre el riesgo suicida y las problemáticas psicológicas asociadas a él, como malestar emocional.
2. Promover el diálogo entre los adolescentes en riesgo, con el fin de que reflexionen acerca de su forma de afrontar diversas situaciones relacionadas con la sexualidad, el uso de sustancias y las emociones vinculadas con el riesgo de suicidio.
3. Promover bienestar emocional entre los jóvenes en riesgo, mediante estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución de problemas, así como el desarrollo de habilidades sociales.

Hipótesis conceptuales

- a. Los esquemas de prevención suicida en jóvenes generalmente tienen como meta principal, el tratamiento o reducción de los factores de riesgo (Gould et al, 2003).
- b. La intervención basada en la resiliencia implica la promoción de competencias acumulativas y la protección al estrés (Luthar, 2003).
- c. Los recursos y las habilidades asociadas con tener mayor adaptación positiva ante los estresores, pueden cultivarse y practicarse. De esta forma, la resiliencia no es un rasgo de personalidad que la gente tiene o no tiene, más bien involucra comportamientos, pensamientos y acciones que pueden ser aprendidos y desarrollados en cualquier niño o adolescente (APA, 2007).
- d. La investigación sobre afrontamiento es importante desde una perspectiva aplicada a través de la identificación de habilidades y competencias que pueden aumentarse como parte de las intervenciones. Lo anterior permite facilitar la adaptación en gente joven que está en riesgo de presentar problemas psicológicos y de salud, como resultado de la exposición a estrés y adversidades significativas. El grado en el cual las respuestas de afrontamiento específicas pueden ser fomentadas o reducidas, puede variar considerablemente en función de las diferencias individuales (Compas, 1998).

- e. Los programas más exitosos de prevención son los que se basan en las características del fenómeno en cada escenario (Villatoro, Medina-Mora, Rojano et al., 2002). Es así como las escuelas proveen un excelente entorno para enseñar y mejorar habilidades en la construcción de características resilientes en los adolescentes. Debido a que los jóvenes están acostumbrados a aprender en un ambiente escolar, el trabajo en grupos es una extensión natural para establecer ejercicios vinculados a la resiliencia (APA, 2007).

Hipótesis estadísticas.

H₀= No existe diferencia en el nivel de riesgo suicida y en las estrategias de afrontamiento empleadas por los jóvenes antes de iniciar el grupo de reflexión y al terminar el grupo.

H₁= Sí existe diferencia en el nivel de riesgo suicida y en las estrategias de afrontamiento empleadas por los jóvenes antes de iniciar el grupo el grupo de reflexión y al terminar el grupo.

Identificación de variables

1. **Variables Dependientes.** Riesgo suicida y estrategias de afrontamiento.
2. **Variable Independiente.** Grupo de reflexión para adolescentes.

Definición conceptual de las variables

1. **Riesgo suicida.** Vulnerabilidad de los individuos ante eventos de vida estresantes que pueden desencadenar un acto suicida (Hernández y Lucio, 2006).
2. **Estrategias de afrontamiento.** Se refieren a las características de los individuos que les llevan a reaccionar de una forma determinada ante una situación en particular (Lazarus y Folkman, 1991).
3. **Grupo de reflexión para adolescentes.** Comprende la participación de tres o más personas en un grupo, que interactúan y se interrelacionan con fines de apoyo y guía. El grupo está a cargo de uno o dos terapeutas y se da a través de la reunión voluntaria de los individuos que se reconocen como miembros del grupo, y que se encuentran ubicados dentro de un contexto determinado (González, 1999).

Definición operacional de las variables.

1. **Riesgo suicida.** Se identificó el nivel de riesgo suicida mediante las puntuaciones obtenidas en las tres subescalas y el índice de malestar emocional del Inventario de Riesgo e Ideación Suicida, IRIS (Hernández y Lucio, 2003) antes y después del grupo de reflexión.
2. **Estrategias de afrontamiento.** Se evaluaron las estrategias de afrontamiento mediante las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Respuestas de Afrontamiento Para Adolescentes (Lucio, Villarruel y Villegas, 2005) antes y después del grupo de reflexión.
3. **Grupo de reflexión para adolescentes.** Se realizó un grupo de reflexión grupal en las instalaciones de la institución educativa, con una frecuencia de dos sesiones por semana y con una duración de 2 hrs (Lucio, Linage, Pérez y Arenas, 2009). La participación de los jóvenes fue voluntaria, y los datos e información proporcionados en el transcurso de las sesiones de grupo fueron de carácter confidencial. En este grupo de reflexión, los jóvenes pudieron manifestar sus ideas, dudas e inquietudes sobre tres ejes temáticos vinculados al riesgo: a) Sexualidad; b) Consumo de sustancias; y c) Emociones.

A continuación se describen, de manera general, los objetivos y temas de cada módulo.

Módulo 1 “Sexualidad”

- **Objetivo General:** que los adolescentes expresaran sus inquietudes sobre del tema de sexualidad (métodos anticonceptivos, embarazo adolescente, aborto) mediante la discusión en grupo, lluvia de ideas, y realización de un sociodrama.

Módulo 2 “Consumo de Sustancias”

- **Objetivo General:** llevar a los participantes a un análisis reflexivo sobre el consumo de sustancias entre los jóvenes, enfatizando que en ocasiones puede ser usado como una estrategia de solución de problemas poco funcional. Algunos de los temas fueron: clasificación de las drogas, uso de sustancias en la adolescencia (aspectos positivos y negativos), sus efectos y consecuencias. Los temas señalados se abordaron mediante la discusión en grupo, técnicas de solución de problemas, análisis sobre conductas razonadas y no razonadas, y un sociodrama.

Módulo 3 “Emociones (Riesgo Suicida)”

- **Objetivo General:** Sensibilizar al grupo respecto al reconocimiento y expresión de sentimientos relacionados con el malestar emocional y riesgo suicida. Temas: emociones (identificación, reconocimiento y manejo de las emociones), malestar emocional, ideación, intento suicida y suicidio consumado. Los temas se abordaron mediante la discusión en grupo, lluvia de ideas, la evaluación de razones para vivir de cada integrante, y la solución de problemas vinculados con la temática suicida.

Muestreo

Población y muestra.

La población incluyó a hombres y mujeres estudiantes de nivel bachillerato.

Para esta fase del estudio, la muestra se conformó por 180 jóvenes de bachillerato que tuvieron sucesos de vida estresantes, que fueron detectados en riesgo suicida y que no presentan factores internos vinculados con la adaptación positiva.

Muestreo.

De tipo no probabilístico e intencional.

Criterios de selección

Criterios de inclusión.

Los sujetos que participaron en la tercera fase de este estudio fueron jóvenes de entre 15 y 17 años de edad, detectados en riesgo suicida, que contestaron los instrumentos de evaluación antes y después del tratamiento (IRIS, CA-A) y que asistieron al 80% de las sesiones grupales.

Criterios de exclusión.

Se excluyó a los jóvenes que asistían a tratamiento psicológico en alguna institución o de manera particular. Lo anterior se propuso con la finalidad de no intervenir o alterar el proceso de tratamiento en curso.

Criterios de eliminación.

Se eliminó de la muestra a los jóvenes cuyos padres no autorizaron su asistencia al grupo de reflexión; aquellos que dejaron de asistir a 4 sesiones continuas; y a los que no contestaron alguna de las pruebas del pos-test. Sin embargo, por razones éticas, a pesar de que estos jóvenes

no se incluyeron en el grupo de intervención, se les proporcionó información para que pudieran asistir a alguna institución que les proporcionara el apoyo psicológico que requerían.

Tipo de estudio

Confirmatorio de campo.

Diseño de investigación

Diseño de dos muestras relacionadas, con análisis pre-post tratamiento.

Instrumentos y/o materiales.

- 1. Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes, IRIS** (Hernández y Lucio, 2003).
- 2. Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes, CA-A** (Lucio, Villarruel y Villegas, 2005).

Estos instrumentos se describieron anteriormente en las fases I y II. Y se contemplaron en esta etapa debido a que se planteó un test-retest para determinar los cambios debidos o no a la intervención.

Materiales.

Se emplearon cartas descriptivas para las sesiones del grupo (Ver Apéndice C), hojas blancas y de colores, gafetes, plumines, lápices, plumas, marcadores para pizarrón blanco, grabadora de bolsillo o video grabadora. Así mismo, se utilizaron formatos de consentimiento informado, cuadernillos de preguntas para los instrumentos, hojas de respuesta para lector óptico, lápices del 2 o 2 1/2, gomas y sacapuntas.

Procedimiento

Se convocó, mediante una técnica por invitación personal (Ver Anexo A), a los jóvenes que participaron en el tamizaje (Fase I) y que fueron detectados en riesgo por suicidio y consumo de sustancias (n = 180) a que asistieran a una plática informativa donde se darían a conocer algunos resultados de la evaluación que se les había realizado el semestre pasado.

Para evitar la señalización y/o estigmatización por parte de los compañeros o profesores al momento de realizar la invitación a los jóvenes, se les explicó que habían sido seleccionados de

manera aleatoria de la muestra de alumnos evaluados (N = 1,000) además se les informó que las autoridades del plantel no asistirían a la reunión para resguardar la confidencialidad de los datos.

La plática informativa se llevó a cabo en el auditorio del plantel educativo, a la cual asistieron 80 alumnos de ambos turnos. Al inicio de la conferencia se les proporcionaron algunos datos generales sobre las diferencias entre hombres y mujeres del turno matutino y vespertino con respecto a los sucesos estresantes que viven, el consumo de sustancias legales e ilegales que reportan, y las conductas autoagresivas como consecuencia del estrés que han tenido. Posteriormente, se les hizo una invitación para que participaran en una tercera etapa, que consistía en la realización de un grupo de reflexión para adolescentes, cuyas temáticas principales serían: sexualidad, uso de sustancias y manejo de emociones. Al final de la conferencia se hizo un registro de los alumnos interesados en asistir a los talleres de reflexión.

El grupo de reflexión se realizó en las instalaciones de la institución educativa. La frecuencia de las sesiones fue de dos veces por semana, con una duración de 2 hrs., entre el cambio de turnos (matutino y vespertino) que va de las 13 a las 15 hrs. En total se realizaron 15 sesiones. Se emplearon formatos de consentimiento informado (ver Anexo A).

La participación de los jóvenes fue voluntaria, se explicaron los objetivos del grupo, así como la confidencialidad de la información proporcionada en el transcurso de las sesiones. La intervención psicológica, se realizó en función de las características encontradas en los jóvenes que mostraron riesgo de suicidio enfocándose en la promoción de competencias y habilidades de afrontamiento.

Como parte de la dinámica de las sesiones, las actividades incluyeron el establecimiento de: (a) reglas y lineamientos dentro del grupo; (b) estrategias de integración; (c) asignación de roles; (d) discusión de las temáticas; (e) resumen y cierre de la sesión; (f) uso del buzón (comentarios y sugerencias) y (g) despedida.

Se consideraron las pruebas del tamizaje como medidas del pre-test para evaluar el nivel de riesgo suicida y las estrategias de afrontamiento comúnmente empleadas por los jóvenes (estas pruebas se aplicaron en la primera fase del estudio). Al finalizar las 15 sesiones, se les volvieron a aplicar dichos instrumentos para tener datos que nos permitieran conocer si la asistencia al grupo de reflexión tuvo un impacto en las variables de riesgo.

Al finalizar las 10 sesiones del tratamiento, se les proporcionó a los jóvenes los teléfonos y la dirección de algunos centros de apoyo a los que podrían acudir en caso de que desearan o bien necesitaran continuar con un tratamiento psicológico de manera individual. Así mismo, se agradeció su participación y se dio retroalimentación del trabajo realizado en el grupo.

Análisis estadísticos

En función de los objetivos y de las hipótesis planteadas para esta fase, el análisis de los datos se realizó mediante:

1. El empleo de estadística descriptiva.
2. El empleo de estadística no-paramétrica, análisis de la prueba t de Wilcoxon para dos muestras relacionadas, para evaluar las diferencias en el nivel de riesgo suicida y las estrategias de afrontamiento, antes y después del grupo de discusión.
3. La evaluación de la significancia clínica de la intervención o grupo de reflexión mediante el Índice de Cambio Confiable (ICC) de Jacobson and Truax (1991), que de acuerdo con Iraurgi (2010), es un procedimiento para la determinación de cambios clínicamente significativos que proporciona un medio adicional de análisis a las comparaciones de medias grupales en la investigación de resultados terapéuticos.

Resultados

Información Sociodemográfica

Asistieron al grupo de reflexión 10 alumnos, de los cuales concluyeron 7; 3 hombres (43%) y 4 mujeres (57%) con una media de edad de 16 años ($DE = .76$). 6 de ellos (86%) eran de segundo semestre y 1 de cuarto (14%); todos asistían al turno matutino.

Con respecto al tipo de familia, el 43% de los adolescentes vive bajo un sistema monoparental, es decir, vive solo con el padre o madre, mientras que el 57% vive con ambos padres.

Riesgo de suicidio (IRIS)

En la figura 1 se presentan las puntuaciones T para las subdimensiones del IRIS antes y después del grupo de reflexión.

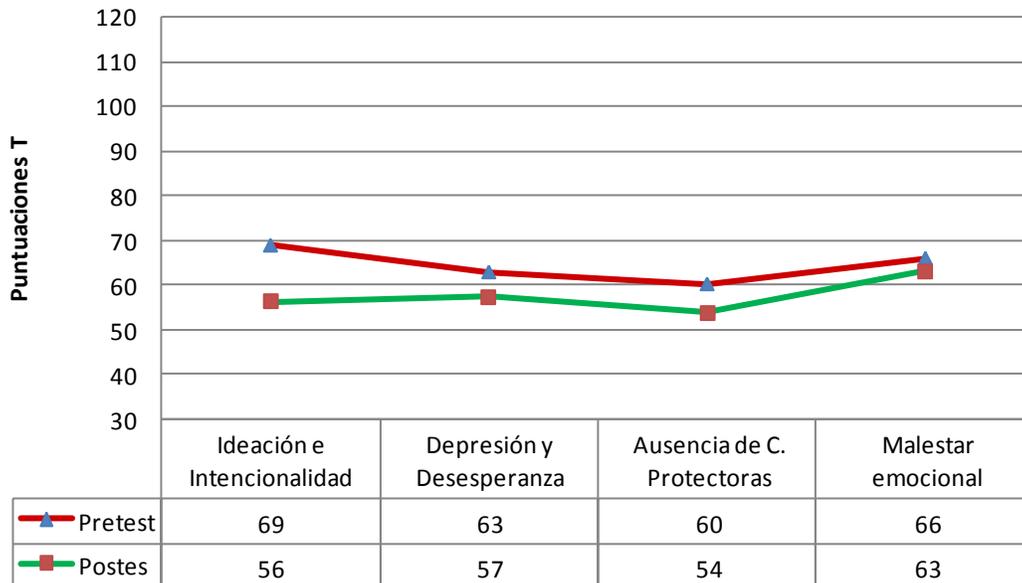


Figura 1. Subdimensiones del IRIS.

Se determinó, mediante la prueba de Wilcoxon, si hubo un cambio significativo en las puntuaciones de las subescalas del IRIS de los adolescentes después del grupo de reflexión, dicho análisis reveló una reducción estadísticamente significativa únicamente en la subescala de ideación e intencionalidad suicida del IRIS ($z = -2.371$, $p < .02$) cuyo tamaño del efecto fue grande ($r = .63$). La puntuación de la mediana en la subescala de ideación e intencionalidad suicida mostró un decremento del pretest ($Mdn = 63.70$) al postest ($Mdn = 54.84$).

Por otra parte, para determinar el impacto de la intervención o del grupo de reflexión en los adolescentes en cuanto a la conducta suicida, se evaluó la significancia clínica mediante el método de Jacobson y Truax (1991) el cual compara los cambios de un individuo con respecto a las puntuaciones del pre y post-tratamiento en función del Error Estándar de Medida (± 1.96 *EEM*) referido como el Índice de Cambio Confiable (ICC), obtenido mediante la fórmula:

$$\frac{(X_{post} - X_{pre})}{\sqrt{2[DE_{pre} \sqrt{1 - r_{xx}}]^2}}$$

Donde, X_{post} es la puntuación Post-tratamiento; X_{pre} la puntuación Pre-tratamiento; DE_{pre} la Desviación Estándar de la muestra en el pre-tratamiento; y r_{xx} el coeficiente de fiabilidad de la población normativa.

El ICC permite constatar si los cambios dados entre las puntuaciones del pre y post tratamiento por cada caso, son significativos al .05. Para poder clasificar los resultados de cambio en los adolescentes, se tomaron en cuenta los criterios de Kupler (1991) así como de Bauer, Lambert y Nielsen (2004):

- a. Casos “recuperados”: cuando el ICC es mayor a 1.96 y mayor al punto de corte, es decir, su puntuación final se sitúa dentro de la distribución normal o funcional.
- b. Casos “mejorados”: cuando el ICC es mayor a 1.96, pero es menor al punto de corte, es decir, no se alcanza el nivel funcional no obstante hay una reducción de los signos y síntomas en al menos el 50% de los presentados al inicio del tratamiento.
- c. Casos “sin cambio”: cuando el ICC es igual a 0 o no es mayor a 1.96, independientemente de la posición que ocupe la puntuación del post-test en la distribución poblacional funcional o disfuncional.
- d. Casos “deteriorados”: cuando el ICC es mayor a 1.96, pero en el sentido contrario al esperado tras la intervención, de modo que sus puntuaciones tornen hacia valores de mayor disfuncionalidad.

Los resultados para la subescala de Ideación e Intencionalidad suicidas del IRIS (Tabla 1) muestran que 2 adolescentes (casos 233 y 252) presentaron un nivel de mejoría; 2 se mantienen sin cambio dentro de la funcionalidad (casos 193 y 238); otros dos permanecen sin cambios dentro de la disfuncionalidad (59, 804); y 1 caso (194) se muestra deteriorado.

Tabla 1. Significancia clínica para la subescala de Ideación e Intencionalidad suicida del IRIS.

Caso	Pre-test	Pos-test	Punto de corte	ICC
59	59	55	46.4	-1.20
193	42	42	47.7	0
194	65	80	46.4	4.02*
233	74	56	47.7	-4.8*
238	46	46	46.4	0
252	72	61	46.4	2.95*
804	59	55	46.4	-1.20

* ≥ 1.96

Por lo que respecta a la subescala de Depresión y Desesperanza (Tabla 2) un caso tuvo mejoría (804); un caso se mantuvo sin cambio dentro de la funcionalidad (193); cuatro casos se mantuvieron sin cambios dentro de la disfuncionalidad; y un caso mostró deterioro (238).

Tabla 2. Significancia clínica para la subescala de Depresión y Desesperanza del IRIS.

Caso	Pre-test	Pos-test	Punto de corte	ICC
59	62	69	48.2	1.47
193	41	40	47.6	-0.22
194	60	61	47.6	0.22
233	57	54	47.6	-0.65
238	55	67	48.2	2.51*
252	65	61	47.6	-0.87
804	64	49	48.2	-3.14*

* ≥ 1.96

En la subescala de Ausencia de circunstancias protectoras (Tabla 3), un caso se recuperó (233); dos se mantuvieron sin cambios dentro de la funcionalidad (193 y 238); y cuatro se mantuvieron sin cambios dentro de la disfuncionalidad (59, 194, 252 y 804).

Tabla 3. Significancia clínica para la subescala de Ausencia de circunstancias protectoras del IRIS.

Caso	Pre-test	Pos-test	Punto de corte	ICC
59	50	54	49.3	0.77
193	42	46	48.5	0.87
194	62	62	48.5	0
233	56	46	48.5	-2.16*
238	54	50	49.3	-0.77
252	69	62	48.5	-1.51
804	59	57	49.3	-0.38

* ≥ 1.96

Finalmente, en el índice de dificultades asociadas al riesgo suicida (Tabla 4) 2 casos se ubicaron en un nivel de mejoría (252 y 804); uno se mantuvo sin cambio dentro de la funcionalidad (193); tres permanecieron sin cambio dentro de la disfuncionalidad; y un caso se mostró deteriorado (238).

Tabla 4. Significancia clínica para el Índice de dificultades asociadas al riesgo suicida del IRIS.

Caso	Pre-test	Pos-test	Punto de corte	ICC
59	67	75	49.3	1.81
193	44	46	51.4	0.40
194	69	74	51.4	0.99
233	70	64	51.4	-1.19
238	51	64	49.3	2.93*
252	78	68	51.4	-1.98*
804	60	50	49.3	-2.26*

* ≥ 1.96

Estrategias de Afrontamiento (CA-A)

En la figura 2 se presentan las estrategias de afrontamiento que más emplean los adolescentes antes y después del grupo de reflexión.

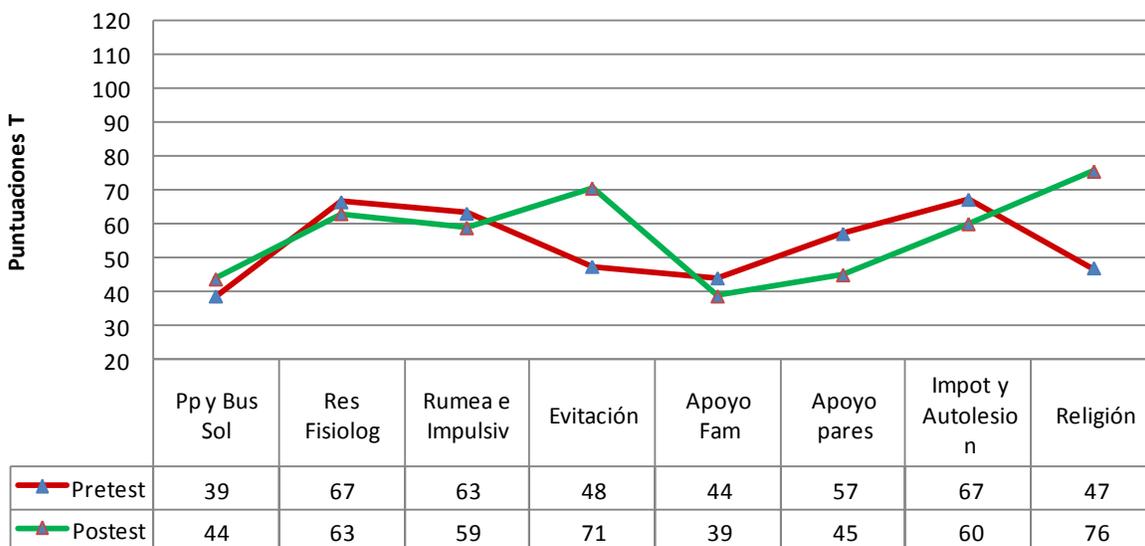


Fig. 2 Estrategias de afrontamiento CA-A.

El análisis de las diferencias en el uso de estrategias realizado con la prueba de Wilcoxon, señala que hubo un cambio significativo en el empleo de estrategias de evitación ($z = -2.032, p < .05$) con un tamaño del efecto grande ($r = 0.54$); e indica que las puntuaciones de la mediana incrementaron del pretest ($Mdn = 50.64$) al posttest ($Mdn = 76.28$).

Así mismo, se presentan diferencias en las estrategias relacionadas con la distracción y búsqueda de apoyo en el grupo de pares ($z = -2.032, p < .05$) cuyo tamaño del efecto es grande ($r = 0.54$) y cuyas puntuaciones de la mediana señalan un decremento del pretest ($Mdn = 71.47$) al posttest ($Mdn = 49.41$).

Finalmente, se obtuvieron diferencias en el empleo de estrategias vinculadas con aspectos de tipo religioso ($z = -2.271, p < .02$) que mostraron un tamaño del efecto grande ($r = .61$) lo cual indica que las puntuaciones de la mediana del pretest ($Mdn = 41.59$) aumentaron de manera significativa en el posttest ($Mdn = 80$).

Por lo que respecta al análisis cualitativo de la intervención en la Tabla 5, se presentan algunas de las respuestas a la pregunta abierta del CA-A del pre y del postest como parte complementaria al análisis cuantitativo. Dicha información, permite determinar que algunas de las estrategias más empleadas se mantienen con el tiempo.

¿Cuáles de las cosas que haces cuando tienes algún problema consideras que te han sido más útiles?		Hay alguna otra cosa que te ayuda a solucionar un problema, que sea diferente a las preguntas del cuestionario.	
Pretest	Postest	Pretest	Postest
“Pienso que si otras personas pueden superar este tipo de problema yo también puedo”	“Actúo como si todo estuviera bien”	Nada	“Tranquilizarme, el no alterarme ante alguna situación que me desagrada”. “Trato de pensar como fue o que fue lo que paso para saberlo manejar es como tipo ajedrez tengo que ver las posibilidades y las probabilidades de poder solucionarlo”.
“Resuelvo mis problemas solo (a)”	“Trato de tranquilizarme antes de hacer algo”	“Actúo como si todo estuviera bien”	“Para tranquilizarme canto y duermo mucho, a veces me sirve porque deja mis ideas más claras”. “También miro los atardeceres, oigo música y abrazo a mis gatos, o me siento quieta y callada a pensar”.
Pido consejo a un amigo (a) para solucionarlo; Busco algo divertido que me ayude a olvidar el problema; Platico el problema con alguien de confianza; Pienso sobre la situación y busco una solución”; Resuelvo mis problemas solo; Trato de controlar mi enojo; Trato de tranquilizarme antes de hacer algo; Libero las emociones pintando, dibujando o escribiendo; Tomo las cosas con calma y trato de encontrar una solución”.	Pido consejo a un amigo (a) para solucionarlo; Acepto las cosas como son; Platico el problema con alguien de confianza; Pienso sobre la situación y busco una solución; Trato de controlar mi enojo; Trato de tranquilizarme antes de hacer algo; Analizo las cosas con calma y busco una solución; Libero las emociones pintando, dibujando o escribiendo; Tomo las cosas con calma y trato de encontrar una solución”.	No.	“Para tranquilizarme canto y duermo mucho, a veces me sirve porque deja mis ideas más claras”. “También miro los atardeceres, oigo música y abrazo a mis gatos, o me siento quieta y callada a pensar”.
Acepto las cosas como son; Hago algo para sentirme mejor; Busco algo divertido que me ayude a olvidar el problema; Platico el problema con alguien de confianza; Libero las emociones pintando, dibujando o escribiendo.	“Las reacciones que más me han ayudado, es comentarlo con alguien de confianza y que él/ella me aconseje. Otra forma es salir y divertirme, me relajo y posteriormente puedo pensar en una posible solución”.	“No, las acciones que yo tomo para enfrentar el problema están escritas ahí”	“No, las que están ahí incluidas son las que utilizo con más frecuencia”
“El problema que me aqueja según problema, para mí, es vano, y yo lo acepte. Soy visceral”	“Pues la mayoría son con relajamiento o desgaste físico”.	“Lo enfrente con ayuda de amigos”.	“Deporte, cantar, correr, dormir, bailar”
“Busco consuelo en la religión”	“Rezo para sentirme mejor”	“Libros de superación personal, tomo alcohol y tocar instrumentos musicales”	“Me tranquilizo tocando instrumentos de viento y pues lo que me ha ayudado mucho es tener mediadores en los problemas”

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El planteamiento central de este estudio estuvo dirigido a identificar los indicadores personales de resiliencia ante el riesgo de suicidio en adolescentes de bachillerato expuestos a situaciones de estrés, para ello se estableció que las características de personalidad y las estrategias de afrontamiento son algunos de los factores internos que pueden o no contribuir a la presencia de patrones resilientes.

A continuación se discuten los principales resultados obtenidos.

Sucesos de vida estresantes e información sociodemográfica

Los adolescentes no se diferenciaron respecto al sexo, tipo de familia, ni al tipo de actividades extraescolares que llevan a cabo, lo cual indica que son poblaciones similares en cuanto a su estructura demográfica. Sin embargo, un aspecto que es importante destacar, está en función de la forma en que emplean su tiempo libre, ya que alrededor de una tercera parte no realiza ninguna actividad educativa, social, cultural o de esparcimiento, lo cual puede influir en el desarrollo de habilidades sociales y por tanto en el incumplimiento de algunas tareas del desarrollo.

Por lo que respecta a los sucesos estresantes, se obtuvieron niveles similares de estrés en las áreas vitales entre el grupo resiliente y el no resiliente, a excepción del estrés vivido en los ámbitos personal y familiar que fue más elevado entre los no resilientes, estos datos son similares a los obtenidos en otros estudios con adolescentes en riesgo de suicidio respecto a los estresores vividos en el área familiar (Hernández, 2007). Ámbito donde se generan diversos conflictos en esta etapa del desarrollo, que pueden ser una importante fuente de estrés relacionada con problemas de salud en los adolescentes o bien una oportunidad para adquirir habilidades de negociación (Smetana, Campione-Barr y Metzger, 2006).

A este respecto, las características sociodemográficas de la muestra nos proporcionan información complementaria a la ocurrencia de estresores en el ámbito familiar, ya que a pesar de que la mayoría de los jóvenes refieren vivir bajo una estructura familiar de tipo nuclear, esto no es necesariamente indicativo de mayor bienestar, por el contrario, puede señalar que aunque los padres están juntos, el ambiente que viven en casa es de violencia y conflictos constantes entre los miembros de la familia; o bien, puede estar indicando que los jóvenes presentan deseabilidad

social ante el tema de la desintegración familiar, lo que además puede estar acompañado por el hecho de que en nuestra sociedad el padre llega a ser una figura ausente no sólo derivado de una ambivalencia en la relación de pareja entre los padres, sino también del hecho de que muchos de ellos abandonan el hogar por cuestiones laborales y necesidades económicas.

Por lo que respecta a las diferencias de acuerdo al sexo, en el grupo de jóvenes resilientes las mujeres presentan más estresores de tipo externo vinculados con eventos negativos en el ámbito escolar, mientras que los hombres indican más estresores interpersonales en el área personal y de logros y fracasos; por su parte los no resilientes sólo presentan diferencias en el ámbito de logros y fracasos, donde los chicos indican mayores estresores que las chicas. Estos resultados sugieren que los hombres de esta población se muestran más vulnerables a nivel personal que las mujeres, además de que pueden indicar que las pautas educativas que inciden en los procesos de socialización de acuerdo al sexo son más homogéneas en la actualidad. Por otra parte, son contundentes con lo reportado en otros estudios (Forns, Amador, Kirchner, Martorell, Zanini y Muro, 2004) donde se encontró que la naturaleza de los problemas, su contenido y el ámbito en el que ocurren varían según el sexo; además de que los problemas de tipo interpersonal fueron también los más importantes para los hombres, aunque en una proporción ligeramente menor que para las mujeres. No obstante, se contraponen con lo reportado en otras investigaciones donde las mujeres adolescentes son quienes presentan más estresores de tipo interpersonal (Hernández, 2007) y los hombres manifiestan más problemas escolares (González, Montoya, Casullo y Bernabeu, 2002).

Riesgo suicida

De acuerdo con los datos del tamizaje realizado, los grupos evaluados mostraron niveles similares de estrés pero resultados distintos ante el riesgo de suicidio, lo cual confirma no sólo la existencia de diferencias en su adaptación a los sucesos de vida estresantes, sino también la vasta configuración de grupos de riesgo que existen al combinar diversas variables de malestar emocional. No obstante, a partir del análisis discriminante, se logró diferenciar aquellas variables que mejor clasifican a los grupos de riesgo, dentro de las cuales, los sucesos negativos vividos en el ambiente familiar y personal, los problemas interpersonales, la susceptibilidad social, los sentimientos de inseguridad, el autoconcepto negativo, la inadecuación e insatisfacción escolar, la

ideación e intencionalidad suicida, la depresión y desesperanza, son variables que permiten clasificar a los jóvenes resilientes de los no resilientes de manera adecuada.

Por lo que respecta a la tres conductas suicidas en los jóvenes no resilientes, la prevalencia en los últimos doce meses para la ideación fue de 24.6%; de 19.7% para la planeación y de 17.7% para el intento de suicidio, estos resultados son similares a los encontrados en otros estudios (Evans, Hawton, Rodham y Deeks, 2005). Cabe destacar que aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al sexo en las dimensiones o niveles para la detección del riesgo suicida, si se obtuvieron diferencias entre hombres y mujeres en las tres conductas suicidas, donde la prevalencia para la ideación y la planeación es mayor en los chicos que en las chicas; mientras que para el intento de suicidio la prevalencia en los últimos 12 meses es mayor en las mujeres que en los hombres, estos resultados son distintos a lo encontrado en otras investigaciones (Borges et al., 2010; Hernández, 2007) donde se obtuvo que las prevalencias son mayores en las mujeres para las tres conductas suicidas, especialmente en lo que respecta al intento de suicidio (Bella, Fernández y Willington, 2010) lo cual si es similar con los datos obtenidos en este estudio. Estos resultados confirman el hecho de que los hombres de esta muestra presentan mayores estresores y problemas a nivel personal que las mujeres.

Por su parte, las variables que mejor predicen el intento de suicidio son la ideación y la planeación suicida, estos datos son similares a los reportados en un estudio sobre la conducta autolesiva e ideación suicida en adolescentes españoles (Kirchner, Ferrer, Forns y Zanini, 2011) donde se encontró que la probabilidad de intentar suicidarse es doce veces superior en el grupo de adolescentes con ideación suicida que el grupo que no presentó este tipo de ideación.

Un aspecto que es importante destacar dentro de la identificación de jóvenes en riesgo es el grado de malestar emocional asociado al suicidio que presentan, a este respecto, más de la mitad de los adolescentes de este estudio se ubican en dicho nivel de riesgo; estos datos son de utilidad y relevancia en el aspecto clínico ya que demuestran la necesidad de realizar intervenciones de prevención que permitan potenciar y fortalecer algunos factores protectores que contribuyan a la prevención del riesgo, proporcionándoles la posibilidad de cambio y crecimiento a nivel personal que requieren estos jóvenes.

Estrategias de afrontamiento

Por lo que respecta a la forma en que los adolescentes se enfrentan al estrés, se encontraron diferencias significativas entre los grupos, las cuales indican que los jóvenes no resilientes emplean un estilo de afrontamiento más disfuncional relacionado con estrategias de impotencia y conducta autolesiva, rumiación e impulsividad, además de que tienden a desarrollar más respuestas de tipo fisiológico que los jóvenes resilientes, quienes presentan un estilo de afrontamiento más activo y funcional como mantener un pensamiento positivo y estar orientados a la búsqueda de soluciones, aunque también se refugian más en la religión, estos resultados van en la dirección de lo encontrado en diversos estudios sobre el afrontamiento y la salud mental en los adolescentes (Compas et al., 2001; Compas, 2009) donde se ha señalado que las estrategias de aproximación al problema se vinculan con menor psicopatología y que por el contrario aquellas orientadas a la evitación y las emociones, están más relacionadas con la presencia de problemas psicológicos.

Al evaluar diferencias por sexo, se encontró que tanto en el grupo de jóvenes resilientes como en los no resilientes, se presentan diferencias únicamente en las estrategias de Distracción y Búsqueda de apoyo en el grupo de pares, siendo las mujeres quienes más emplean estas estrategias en comparación con los hombres. Estos resultados pueden estar relacionados con el hecho de que las mujeres le dan un mayor peso a las amistades y a sus redes sociales que los hombres, lo cual es congruente con el número de problemas interpersonales que presentan en este ámbito y que es superior al expresado por los chicos.

Así mismo, mediante los resultados de la intervención se encontró que a nivel individual, algunos adolescentes presentan cierta estabilidad con respecto a las estrategias de afrontamiento que emplean, datos que sustentan lo obtenido en otros estudios (Kirchner, Forns, Amador y Muñoz, 2010) que han analizado la estabilidad y consistencia del afrontamiento en la adolescencia y cuyos resultados indican buena estabilidad temporal a nivel de grupo, pero con variaciones a nivel individual y de acuerdo al sexo, donde las mujeres a diferencia de los hombres tuvieron un método preferido para enfrentar los estresores.

Rasgos de personalidad y resiliencia

Con respecto a las características de personalidad, los adolescentes resilientes no presentaron elevaciones en su perfil que indicaran síntomas físicos o de salud mental, resultados que coinciden con los hallazgos de otros estudios (Brennan, Le Brocque y Hammen, 2003; Pilowsky, Zybert y Vlaho, 2004) sobre la ausencia de psicopatología en estos jóvenes a pesar de su exposición al estrés. Mientras que los jóvenes no resilientes presentaron elevaciones moderadas en algunas de las escalas clínicas, de contenido y suplementarias que están relacionadas con la presencia de síntomas físicos y conducta suicida, como las escalas de Hipocondriasis, Depresión, Obsesividad, Enojo, Ansiedad e Ideación suicida.

Las escalas clínicas de Depresión, Psicastenia e Introversión social mostraron ser buenas escalas diferenciadoras entre resiliencia/no resiliencia, independientemente del sexo. En ellas los no resilientes obtienen mayores puntuaciones que los resilientes. Por su parte, la sub-escala de ideación suicida del MMPI-A mostró ser una buena escala específica para diferenciar entre los adolescentes en riesgo, aquellos no resilientes. Estos resultados son similares a los obtenidos en otros estudios en los que se evaluaron las características de personalidad de adolescentes suicidas (Lucio y Hernández- Cervantes, 2009; Lucio, Loza y Durán, 2000; Wrobel y Lachar, 1992).

De acuerdo con las diferencias obtenidas en función del sexo y grupo de riesgo, es posible señalar que los hombres resilientes se caracterizaron por tener mayores recursos para resolver problemas, ser más abiertos, expresivos, sociables, entusiastas, enérgicos y con una adecuada percepción de sí mismos. Por el contrario, los adolescentes no resilientes, presentaron mayores síntomas de ansiedad, tensión y angustia, dificultades para tomar decisiones, pensamientos obsesivos, sentimientos de tristeza, desesperanza e ideación suicida, baja autoestima, y pocos planes para el futuro.

En lo referente a las mujeres, las adolescentes resilientes mostraron mejor adaptación, mayor asertividad, ausencia de problemas físicos y emocionales, buena autoestima y capacidad de planeación a futuro, percibiéndose como maduras, con juicio adecuado y control de impulsos. En comparación con el grupo de mujeres no resilientes, quienes presentaron diversas molestias y padecimientos físicos que pueden interferir con sus actividades cotidianas ya que tienden a expresar su ansiedad o estrés por medio de la somatización presentando sentimientos de

desesperanza, abatimiento y apatía, así como problemas de conducta o desadaptación en su entorno familiar. Estos resultados coinciden con lo señalado por algunos teóricos del desarrollo (Masten, Hubbard, Gest, Tellegen, Garmezy y Ramirez, 1999) quienes indican que la resiliencia comúnmente incluye aspectos como tener salud mental o ausencia de psicopatología, competencias sociales y éxito en las tareas del desarrollo propias de la edad.

Modelo de resiliencia y riesgo

Mediante el análisis discriminante se identificaron las variables que mejor clasifican a los resilientes de los no resilientes, dentro de las cuales, aquellas que mejor predicen el riesgo de presentar conducta suicida son el tener conflictos con los hermanos, la desaprobación paterna, la susceptibilidad social, tener un autoconcepto negativo, depresión, preocupaciones por la salud y tener un pensamiento repetitivo, mientras que aquellas variables que mejor predicen la resiliencia son la aprobación paterna, el ser asertivos, competitivos, dominantes, poco convencionales y equilibrados.

Por lo que respecta al modelo de protección-vulnerabilidad, a partir del cual está basado este estudio, se obtuvieron dos modelos distintos para los jóvenes resilientes y no resilientes.

Para el grupo de resilientes, se enfatiza que una de las variables que actúa como factor protector para los ámbitos personal, familiar y de salud es el control materno; por su parte, las estrategias de afrontamiento que fungen como factores protectores en los ámbitos familiar, escolar y personal, son la búsqueda de apoyo en la familia, la religión, así como el estar orientados a la búsqueda de soluciones. Estos resultados van en la dirección de lo encontrado en otros estudios (Conger y Conger, 2002; Werner y Johnson, 2004) donde a partir de las experiencias estresantes relacionadas con las dificultades económicas y con los cambios de las transiciones de vida, la resiliencia de los jóvenes se promovió por el apoyo de los padres, hermanos y adultos fuera de la familia; lo que sugiere que la adquisición de habilidades de comunicación y de solución de problemas durante la adolescencia promueven el bienestar emocional en los jóvenes ya que, el contar con relaciones de apoyo de algunos miembros de la familia nuclear o extensa les ayuda a lograr un crecimiento personal adecuado, fortaleciendo su autoestima y autoeficacia.

Por otra parte, el control paterno y los patrones de consumo de tabaco, alcohol y sustancias son factores de riesgo en el ámbito de la salud; y en el personal, lo son los problemas emocionales de los padres y la mala calidad en las relaciones familiares. Estos hallazgos se relacionan con lo encontrado por Pilowsky, Zybert y Vlahov (2004) donde los padres de los niños resilientes tuvieron menores niveles de control y estrés parental, así como mayor apoyo marital.

Al considerar los factores internos que son vistos como protectores y promotores de la resiliencia ante los sucesos de vida estresantes, dentro los rasgos de personalidad que contribuyen a que los adolescentes sean resilientes están el que son flexibles, activos, entusiastas, optimistas, sociables y extrovertidos; están orientados al logro, son amigables y socialmente desenvueltos; seguros y competentes; tienen buena autoestima y sentimientos de adecuación y competencia; además de que no exhiben conducta delictiva y antisocial; ansiedad ni tensión. Por lo que respecta a las tareas del desarrollo, los adolescentes de este grupo tienen relaciones interpersonales adecuadas con personas del mismo sexo y del sexo opuesto, se involucran emocionalmente con otros; son realistas, controlados; tienen aspiraciones académicas y así como planes a futuro; muestran seguridad y confianza en sí mismos. Estos resultados, son similares a lo reportado por otros estudios, donde se ha encontrado que los jóvenes resilientes tienen relaciones interpersonales adecuadas y una autoestima positiva (Masten y Powell, 2003); muestran competencias académicas, sociales y conductuales, así como calidad parental y niveles altos de inteligencia (Obradovic, Burt y Masten, 2006); establecen relaciones interpersonales adecuadas, tienen madurez emocional, así como metas para el futuro (Rew y Horner, 2003); presentan procesos emocionales que involucraban la conciencia y expresión de sentimientos, son independientes y poseen una identidad positiva de sí mismos (Everall, Altrows y Paulson, 2006).

Por otra parte, en el modelo de riesgo-protección del grupo de no resilientes, las estrategias de afrontamiento dirigidas a la búsqueda de apoyo en la familia y en el grupo de pares son factores protectores para los ámbitos personal, familiar y social, mientras que el tener rendimiento inadecuado así como problemas de relación son algunos de los factores de riesgo en el ámbito escolar; por su parte, en el ámbito personal, el tener sentimientos de inseguridad e inconformidad consigo mismo, así como tener un ambiente familiar negativo, están relacionados con el uso de estrategias de impotencia y conducta autolesiva, siendo todos ellos factores de riesgo ante la problemática del suicidio. Estos resultados coinciden con lo reportado en otros

estudios con relación a las características familiares los cuales sugieren que la poca cohesión y expresión familiar, la presencia de conflictos familiares, y las relaciones inadecuadas entre padres e hijos están asociadas con el incremento de riesgo suicida e intentos de suicidio entre jóvenes (Fergusson et al., 2000; Johnson, Cohen, Gould et al., 2002). Por lo que respecta al ambiente escolar, se ha reportado que las dificultades en la escuela, con los compañeros y el no ir al colegio, plantean riesgos significativos para consumir el suicidio (Wunderlich, Bronisch y Wittchen, 1998).

En el ámbito de la salud, el patrón de consumo de sustancias es un factor de riesgo en estos jóvenes, lo cual está relacionado con los datos de otros estudios que sugieren que el abuso de sustancias es un factor de riesgo significativo ante la problemática suicida, existiendo una asociación entre la consumación del suicidio y el estar bajo efectos de alguna sustancia (Borges, Mondragón, Casanova et al., 2003; Villatoro et al., 2005; Warner et al., 2003).

Al respecto de los factores internos que modulan el impacto del estrés, los adolescentes no resilientes, tanto hombres como mujeres, se muestran nerviosos, ansiosos, tensos y aprensivos; presentan sentimientos de inseguridad, inadecuación e inferioridad; una tendencia a ser autocríticos, perfeccionistas, rumiantes y moralistas, así como tener mucho control de sus emociones y sentirse incómodos ante la expresión de sus sentimientos; presentan apatía, pesimismo, desesperanza e infelicidad; son reservados, tímidos, con pensamientos repetitivos e intrusivos (pensamientos relacionados con la ideación suicida); se les dificulta tomar decisiones; tienen opiniones negativas de sí mismos y falta de confianza, presentan sentimientos de estrés y malestar emocional; son auto-críticos, muestran una tendencia a manifestar respuestas somáticas al estrés; están centrados en sí mismos, son demandantes, críticos y egoístas. Finalmente, algunas de estas características de personalidad obstaculizan las tareas del desarrollo vinculadas con los procesos normales de esta etapa, como el establecer relaciones interpersonales y mantener vínculos emocionales con otras personas ya que son inhibidos y sensibles a los desaires y al rechazo; son demandantes y dependientes; tienen un autoconcepto negativo y poca confianza en sí mismos; se muestran ansiosos, inseguros, tensos e indecisos por lo que no pueden planear su futuro y tomar decisiones.

Estos hallazgos son congruentes con lo encontrado en otros estudios, donde la desesperanza, infelicidad, depresión, enojo, aislamiento, perfeccionismo y la conducta impulsiva están vinculadas con un incremento en el riesgo de conducta suicida (Boergers, Spirito y Donaldson, 1998; Gould et al., 2003)

Finalmente, dentro del modelo de riesgo en los jóvenes no resilientes, las variables que mejor predicen el intento de suicidio son la ideación y la planeación suicida, lo cual no sólo sugiere que los hombres se ubican en un mayor nivel de riesgo en comparación con las mujeres, sino que además las estrategias de intervención deben considerar estos dos aspectos de la conducta suicida como factores de riesgo sobre los cuales es posible incidir para prevenir el suicidio consumado.

Conclusiones y limitaciones

El periodo de desarrollo que marca el surgimiento de los adultos jóvenes es una ventana tanto para la oportunidad como para el riesgo, ya que si bien es cierto que la adolescencia es una etapa de vulnerabilidad y estrés para muchos, también es cierto que es una época de cambio y crecimiento en la que aún se pueden fomentar y aprender herramientas para enfrentar las adversidades de forma positiva.

A pesar del amplio interés que ha surgido en las últimas décadas por estudiar la resiliencia, existen diversas críticas dirigidas a la investigación sobre este constructo y a la variación en sus definiciones, medidas, contextos y culturas estudiadas, no obstante, los hallazgos continúan mostrando gran consistencia con relación a las características personales y del ambiente que contribuyen a su formación. De esta forma, algunos atributos de los individuos, las relaciones que establecen con otros, así como las características del contexto, surgen como predictores de resiliencia a través de diversas situaciones.

Los resultados de este estudio sugieren por una parte, que la resiliencia es un proceso dinámico que involucra interacciones recíprocas entre los individuos y su ambiente; y por otra parte, contribuyen a un mejor entendimiento de la resiliencia evaluada como un resultado, al sustentar que la vulnerabilidad y/o resiliencia ante el suicidio está influenciada por una serie de variables entre las que se incluyen factores personales como la autoestima, la adaptación y el afrontamiento, así como factores externos como la calidad en las relaciones familiares y sociales,

estableciendo que la configuración positiva de estos factores favorece la resiliencia mientras que la configuración negativa incrementa la vulnerabilidad al suicidio. Mediante este estudio, se hizo evidente que los factores resilientes están inmersos en un proceso multidimensional mayor del que originalmente se había planteado, y que necesitan entenderse dentro del contexto de dicho proceso el cual puede modificarse a través del tiempo, lo cual establece que la resiliencia no es un atributo fijo o un rasgo permanente, sino que es más bien, un proceso dinámico que evoluciona a través del tiempo y de las circunstancias ya que, los jóvenes pueden manifestar resiliencia en algunas situaciones y áreas de funcionamiento pero no en otras.

Esta investigación, sustentada desde la psicopatología del desarrollo, plantea algunas premisas importantes como el que la transición de la adolescencia a la edad adulta representa una reorganización en respuesta a los cambios que viven tanto a nivel individual los adolescentes, como en relación a su contexto, por lo que sus múltiples interacciones pueden modificar el curso del desarrollo; de esta forma, los pares, la familia, los maestros, la gente con la que interactúan en su vida cotidiana, así como los múltiples y rápidos cambios sociales que se viven día a día, ejercen una influencia en los jóvenes, la cual se ve reflejada en las diversas problemáticas que viven actualmente, en especial, ante el hecho de que el riesgo y las exigencias se han igualado en relación al género, por lo que las chicas presentan cada vez más características masculinas, como el ser competitivas, agresivas y dominantes, lo cual implica también encontrarse en un mayor nivel de riesgo, como el tener problemáticas de conducta en la escuela y con el grupo de pares.

Por otra parte, se reafirma el supuesto de que la investigación sobre el funcionamiento del desarrollo adecuado e inadecuado son mutuamente informativos; por lo que es necesario entender no sólo el desarrollo de los problemas sino también su contraparte, siendo esencial considerar la influencia que tienen tanto los factores de riesgo como los de protección en el desarrollo de la psicopatología, lo cual requiere de un análisis detallado de los procesos normativos y de los no normativos que están relacionados con el surgimiento de diversos problemas.

Los hallazgos de este estudio tienen implicaciones importantes en el ámbito clínico mediante la realización de intervenciones a nivel preventivo que permitan promover los factores personales de resiliencia entre jóvenes en riesgo de suicidio; situación que es de importancia al considerar que la conducta suicida se presenta como un proceso complejo conformado por diversos

pensamientos y acciones que llevan al suicidio, por lo que la detección temprana de éstos adquiere especial interés en la salud de esta población.

Asimismo, este estudio presenta algunas limitaciones como el que los resultados obtenidos se basan en autoinformes, donde los datos están sometidos a cierto nivel de subjetividad. Y a pesar de que puede haber complicaciones asociadas al empleo de estos instrumentos en la investigación sobre resiliencia, también existen diversas ventajas ligadas a su uso. Por una parte, los autoinformes permiten tener una percepción del adolescente respecto de sí mismo y de su entorno (Lucio, Barcelata & Durán, 2007) lo cual es de gran utilidad en la evaluación del riesgo en esta población, y cobra especial importancia ante la problemática suicida. Por otra parte, proporcionan una evaluación controlada y cuantitativa de diversos eventos negativos que han experimentado en el último año; y como ventaja adicional está la forma de recolectar los datos, dado que las puntuaciones tanto del estrés como del riesgo suicida están dadas en una escala continua, por lo que es posible realizar comparaciones entre grupos con alto y bajo nivel de estrés y riesgo sin necesidad de ubicar muestras específicas de alto riesgo y grupos controles (Luthar y Cushing, 1999).

Finalmente, se plantea la necesidad de realizar mayor investigación con poblaciones de adolescentes no escolarizados, los cuales pueden presentar condiciones de mayor vulnerabilidad y riesgo ya que el estar dentro del contexto escolar es un factor de protección por sí mismo.

REFERENCIAS

- Abad, J., Forns, M. & Gómez, J. (2002). Emotional and behavioral problems as measured by the YSR: Gender and age differences in Spanish adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(2), 149-157.
- Achenbach, T. (1982). *Developmental Psychopathology*. New York: John Wiley & Sons.
- American Psychological Association, APA. (2007). *Fact Sheet: Fostering Resilience in Response to Terrorism: for Psychologist Working with Children*. Recuperado el 10 de Octubre 2007 de <http://www.apa.org/psychologists/pdfs/children.pdf>.
- Anderson, R. (2002). Deaths: Leading causes for 2000. *National Vital Statistics Reports*, 50 (16). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Archer, R. (2005). *MMPI-A: Assessing Adolescent Psychopathology*. EE. UU.: Lawrence Erlbaum.
- Aviña, S. (2002). El consumo de drogas de los estudiantes de nuevo ingreso al bachillerato. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. (2001). *Cuestionario de identificación de los trastornos debido al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria*. España: Organización Mundial de la Salud y Generalitat Valenciana.
- Baltes, P., Lindenberger, U. & Staudinger, U. (2007) Life span Theory in Developmental Psychology. William Damon & Richard M. Lerner (Eds). *Handbook of Child Psychology* Wiley. DOI: 10.1002/9780470147658
- Barcelata, B., Durán, C. & Lucio, E. (2004). Indicadores de malestar psicológico en un grupo de adolescentes mexicanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 64-73.
- Barcelata, B., Lucio, E. & Durán, C. (2006). Construcción, Confiabilidad, Validez de Contenido y Discriminante del Inventario Autodescriptivo del Adolescente. *Acta Colombiana de Psicología. Revista de la Universidad Católica de Colombia*, 9(2), 5-18.
- Bauer, S., Lambert, M. & Nielsen, S. (2004). Clinical significance methods: A comparison of statistical techniques. *Journal of Personality Assessment*, 82, 60-70.
- Beck, A., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 41(2): 343-352.
- Blos, P. (1971). *Psicoanálisis de la Adolescencia*. México: Joaquín Mortiz.
- Boergers, J., Spirito, A. & Donaldson, D. (1998). Reasons for Adolescent Suicide Attempts: Associations with Psychological Functioning. *Journal of Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1287-1293.
- Bonger, B. (1992). *Suicide Guidelines for Assessment, Management and Treatment*. Reino Unido: Oxford University Press.
- Borges, G., Anthony, J. & Garrison, C. (1995). Methodological issues relevant to epidemiological investigations of suicidal behaviors of adolescents. *Epidemiological Reviews*, 17(1), 228-239.
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M.E., Orozco, R. & Nock, M. (2008). Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of American Academy of Child Adolesc. Psychiatry*, 47(1), 41-52.
- Borges, G., Medina-Mora, M.E., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J & Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en Mexico. *Salud Mental*, 32, 413-425.

- Borges, G., Mondragón, L., Casanova, L., Rojas, E., Zambrano, J., Cherpitè, C. & Gutiérrez, I. (2003). Substance and alcohol use and dependence in a sample of patients from an emergency department in Mexico City. *Salud Mental*, 26(1), 23-31.
- Bradshaw, J. (1990). Child poverty and deprivation in the UK. London: National Children's Bureau.
- Brennan, P., Le Brocque, R. & Hammen, C. (2003). Maternal Depression, Parent-Child Relationships, and Resilient Outcomes in Adolescence. *Journal Am. Academy Child Adolesc. Psychiatry*, 42(12), 1469-1477.
- Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Liotus, L., Schweers, J., Balach, L. & Roth, C. (1994). Familial risk factors for adolescent suicide: a case control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 52-58.
- Bridge, J., Goldstein, T. & Brent, D. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychological Psychiatry*, 47, 372-394.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del Desarrollo Humano*. México: Paidós.
- Brunstein, A., Marroco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I., & Gould, M. (2007). Bullying, Depression, and Suicidality in Adolescents. *Child Adolescent Psychiatry*, 46(1), 40-49.
- Buchanan, A., Ten, J. & Flouri, E. (2000). Parental Background Social Disadvantage, Public "Care," and Psychological Problems in Adolescence and Adulthood. *Journal of American Child Adolescence Psychiatry*, 39(11), 1415-1423.
- Bynner, J. (2001). Childhood risks and protective factors in social exclusion. *Children and Society*, 15, 285-301.
- Caraveo y Anduaga, J. (2006). Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico de Problemas de Salud Mental en niños y adolescentes: Confiabilidad, estandarización y validez de construcción. Primera Parte. *Salud Mental*, 29(6), 65-72.
- Catan, L. (2004). *Becoming adult: Changing youth transitions in the 21st century: A synthesis of findings from the ESRC Research Programmes. Youth, Citizenship and Social Change 1998-2003*. Trust for the Study of Adolescence: Brighton.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2006). Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 2005. *Morbidity & Mortality Weekly Report CDC Surveillance Summary*, 55(SS-5), 1-108.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). *Healthy youth. Injury and violence: Unintentional Injuries, Violence and the Health of Young People*. Recuperado el 5 de octubre de 2011, de <http://www.cdc.gov/healthyyouth/injury/facts.htm>
- Coddington, D. (1972a). The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children I-A Survey of Professional Workers. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 7-18.
- Coddington, D. (1972b). The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children-II. A study of a normal population. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 205-213.
- Coleman, J.C. (1985). *Psicología de la Adolescencia*. España: Ediciones Morata.
- Coleman, J. & Hagell, A. (2007). *Adolescence, risk and resilience. Against the odds*. West Sussex, England: John Wiley & Sons.
- Coleman, J., Hendry, L.B & Kloep, M. (2007). *Adolescence and health*. West Sussex, England: John Wiley & Sons.
- Compas, B. (1987). Coping With Stress During Childhood and Adolescence. *Psychological Bulletin*, 101(3), 393-403.

- Compas, B. (1998). An Agenda for Coping Research and Theory: Basic and Applied Developmental Issues. *International Journal of Behavioral Development*, 22(2), 231-237.
- Compas, B., Connor-Smith, J., Saltzman, H., Thomsen, A. & Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127.
- Compas, B., Davis, G., Forsythe, C. & Wagner, B. (1987). Assessment of major and daily stressful events during adolescence: The adolescent perceived events scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(4), 534- 541.
- Compas, B., Malcarne, E. & Fondacaro, K. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3): 405-412.
- Conger, R. & Conger, K. (2002). Resilience in Midwestern Families: Selected Findings from the First Decade of a Prospective, Longitudinal Study. *Journal of Marriage and Family*, 64, 361-373.
- Connor-Smith, J., Compas, B., Wadsworth, M., Thomsen, A. & Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 976-992.
- Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2010). La situación actual de los jóvenes en México. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/juventud/Doc_completo.pdf
- Craig, G.J. (1997). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall.
- Dekovic, M. (1999). Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(6), 667-685.
- Del Val, J. (2000). *El desarrollo humano*. México: Siglo XXI.
- Demetriou, A. (2000). Organization and Development of Self-Understanding and Self-Regulation. In M. Boekaerts, P.R. Pintrich & M. Zeidner (Eds). (pp. 209-251). San Diego: Academic Press.
- Diekstra, R. & Garnefski, M. (1995). On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: An international perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25 (1), 36-57.
- Durkheim, E. (1897/2002). *El suicidio*. México: Ediciones Coyoacán.
- Engels, R. & Bogt, T. (2001) Influences of Risk Behaviors on the Quality of Peer Relations in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(6), 675-695.
- Erikson, E. (1974). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K. & Deeks, J. (2005). The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Suicide Life-Threat Behavior*, 35(3), 239-250.
- Everall, R., Altrows, J. & Paulson, B. (2006). Creating a Future: A study of Resilience in Suicidal Female Adolescents. *Journal of Counseling & Development*, 84, 461-470.
- Fergusson, D. M., Beautrais, A. L. & Horwood, L. J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine* 33(1), 61-73.
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J. & Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30(1), 23-39.
- Flannery, D., Singer, M. & Wester, K. (2001). Violence exposure, psychological trauma, and suicide risk in a community sample of dangerously violent adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 435-442.

- Flores, A. L. & Soto F. (2007). Mecanismos de Resiliencia y maltrato infantil: un estudio descriptivo. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Forns, M., Amador, J., Kirchner, T., Martorell, B., Zanini, D. & Muro, P. (2004). Sistema de codificación y análisis diferencial de los problemas de los adolescentes. *Psicothema*, 16(4), 646-653.
- Fraser, M. (2004). *Risk and Resilience in Childhood: An ecological Perspective*. Washington: NASW Press.
- Freud, A. (1985). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. Barcelona: Paidós.
- Frydenberg, E. (2004). *Thriving, Surviving, or Going Under: Coping with Everyday Lives*. Connecticut, EE. UU. : Information Age Publishing.
- Frydenberg, E. (2008). Adolescent Coping. *Advances in Theory, Research and Practice*. East Sussex: Routledge.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1993). *Manual: The Adolescent Coping Scale*. Melbourne: Australian Council for Educational Research.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (2009). The relationship between problem-solving efficacy and coping amongst Australian adolescents, *British Journal of Guidance and Counselling*, 37, 51-64.
- Galambos, N. & Almeida, D. (1992) Does parent-adolescent conflict increase in early adolescence? *Journal of Marriage and the Family*, 54, 737-747.
- Garnezy, N. (1988). Stressors of Childhood. In N. Garnezy & M. Rutter (Eds.). *Stress, Coping, and Development in Children*. (pp. 43-84). Baltimore: Johns Hopkins.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, 416-430.
- Garnezy, N., Masten, A. & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97-111.
- Galán, A. & Perona, S. (2001). Algunas aportaciones críticas en torno a la búsqueda de un marco teórico del afrontamiento en la psicosis. *Psichotema*, 13(4), 563-570.
- Gelhaar, T., Seiffge-Krenke, I., Borge, A., Cicognani, E., Cunha, M., Loncaric, D., Macek, P., Steinhausen, HC. & Winkler, C. (2007). Adolescent coping with everyday stressors: A seven nation-study with young from central, eastern, southern and northern Europe. *European Journal of Developmental Psychology*, 4(2), 129 – 156.
- Gómez, C. & Borges, G. (1996). Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. *Salud Mental*, 19(1), 45-55.
- Gómez, Y.F. (2008). Déjame que te cuente mi historia: Intervención con las madres de niños con cáncer. Informe Profesional de Servicio Social para obtener el grado de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- González, R., Montoya, I., Casullo, M. & Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- González, N.I., Valdez, J.L. & Zavala, Y.C. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 41-52.
- González-Forteza, C. & Andrade-Palos, P. (1995) La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18(4), 41-48.
- González-Forteza, C., Jiménez, A., Pérez, E., Ramos, L., Camallero, M.A. & Saltijeral, M. (1999). Padres afectivos: apoyo para la autoestima de sus hijos adolescentes. *Psicología Conductual*, 7(3), 501-507.

- González-Forteza, C., Mariño, Mondragón, B.L. & Medina-Mora, M.E. (2000). Intento suicida y uso del tiempo libre en adolescentes mexicanos. *Revista internacional de Psicología Clínica y Salud*, 8(1), 45-58.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, ME., Fleiz, C., Bermúdez, P. & Amador, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25(6), 1-12.
- González, M. (2006). Propuesta de evaluación de características, repertorios y condiciones para la resiliencia en adultos en vista de acciones de prevención. Tesina de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- González, J.J. (1999). *Psicoterapia de grupos: Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas*. México: El Manual Moderno.
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D.M & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 386-405.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Halpert, J. A. (2003). Stress and developmental psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*, 129, 447-466.
- Grant, K.E., Compas, B. E., Thurm, A. E., McMahon, S. D., Gipson, P. Y., Campbell, A. J., et al. (2006). Stressors and child and adolescent psychopathology: Evidence of moderating and mediating effects, *Clinical Psychology Review*, 26, 257-283.
- Hernández, Q. (2007). Estrategia de intervención para adolescentes en riesgo suicida. Tesis de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM.
- Hernández, Q. & Lucio, E. (2006). Inventario de Riesgo e Ideación Suicida *IRIS*. Primera versión. Versión para investigación. México. Facultad de Psicología, UNAM.
- Hernández-Cervantes, Q. & Lucio, E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 45-52.
- Hauser, S. (1999). Understanding resilient outcomes: Adolescent lives across time and generations. *Journal of Research on Adolescence*, 9, 1-24.
- Hess, C., Papas, M. & Black, M. (2002). Resilience Among African American Adolescent Mothers: Predictors of Positive Parenting in Early Infancy. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(7), 619-629.
- Hobfoll, S. & Schumm, J. (2002). Conservation of resources theory: Application to public health promotion. In R. J. DiClemente, R. A. Crobbsky, & M. C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research: Strategies for improving public health* (pp. 285-312). San Francisco: Jossey-Bass.
- Hollister-Wagner, G., Foshee, V. & Jackson, C. (2001). Adolescent aggression: Models of resiliency. *Journal of Applied Social Psychology*, 31, 445-566.
- Horrocks, J.E. (2001) *Psicología de la Adolescencia*. México: Editorial Trillas.
- Howard-Pitney, B., LaFromboise, T.D., Basil, M.M September, B. & Johnson, M. (1992). Psychological and social indicators of suicide ideation and suicide attempts in Zuni adolescents. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60(3), 473-476.
- Howard, S. & Johnson, B. (2000). What makes the difference? Children and teachers talk about resilient outcomes for children “at risk”. *Educational Studies*, 26, 321-337.
- Hunter, A. & Chandler, G. (1999). Adolescent Resilience. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(3), 243-247.

- Hurtado, M.P. (2008). Características de Resiliencia en jóvenes estudiantes de educación secundaria, usuarios y no usuarios de drogas. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Huurre, T., Aro, H., Rahkonen, O. & Komulainen, E. (2006). Health, lifestyle, family and school factors in adolescence: Predicting adult educational level. *Educational Research* 48(1), 41-53.
- Instituto Mexicano de la Juventud. (2006). *Encuesta Nacional de la Juventud 2005: resultados preliminares*. México: Editorial Instituto Mexicano de la Juventud.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2010). *Aspectos sociodemográficos del Distrito Federal: Síntesis de Resultados*. México: INEGI. Recuperado el 2 de octubre de 2011 de, http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta_resultados/iter2010.aspx?c=27329&s=est
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2009). *Estadísticas a propósito del día Internacional de la Juventud. Datos nacionales*. México: INEGI.
- Iraurgi, I. (2010). Evaluación de resultados clínicos (III): Índices de Cambio Fiable (ICF) como estimadores del cambio clínicamente significativo. *Norte de salud mental*, 36(8), 105-122.
- Jacobson, N. & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Johnson, G., Cohen, P., Gould, M., Kasen, S., Brown, J. & Brook, J. (2002). Childhood Adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 59, 741-749.
- Kagan, J. (1988). Stress and Coping in Early Development. In N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, Coping, and Development in Children*. (pp. 191-216). Baltimore: Johns Hopkins.
- Kimmel, D. & Weiner, I. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. España: Ariel.
- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M. & Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(4), 1-14.
- Kirchner, T. & Forns, M. (2000). Autopercepción de *life events* como factores de riesgo y de protección en adolescentes. Estudio diferencial. *Revista de Psiquiatría. Facultad de Medicina de Barcelona*, 27, 63-76.
- Kirchner, T., Forns, M., Amador, J.A. & Muñoz, D. (2010). Stability and consistency of coping in adolescence: A longitudinal study, *Psicothema*, 22(3), 382-388.
- Kirchner, T., Forns, M. & Mohino, S. (2007). Psychological Adjustment in a Forensic Sample: Relationship with Approach and Avoidance-Coping Typologies. *Journal of Forensic Sciences*, 53(3), 712-716.
- Kupler, D. (1991). Long-term of treatment of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, (suppl. 5), 28-34.
- Langlois, S. & Morrison, P. (2002). Suicide attempts and deaths. *Canadian Social Trends*, 66, 20-25.
- Larson, R. & Ham, M. (1993). Stress and “store and stress” in early adolescence: The relationship of negative events with dysphoric affect. *Developmental Psychology*, 29(1), 130-140.
- Lazarus, R. (1991). The Person-Environment Relationship, Motivation, and Coping. In R. Lazarus (Ed.), *Emotion and Adaptation*. (pp. 112-126). New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

- Lazarus, R. & Folkman, S. (1991). *Estrés y Procesos Cognitivos*. México: Planeta, Roca.
- López, J. (2008). Resiliencia Familiar ante el duelo. Tesis de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Lucio, E., Ampudia, A. & Durán, C. (2004). *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes*. México: Manual Moderno.
- Lucio, E., Barcelata, B. & Durán, C. (2010). *Inventario Autodescriptivo del Adolescente, IADA*. México: El Manual Moderno.
- Lucio, E., Barcelata, B., Durán, C. & Villafranca, L. (2004). Sucesos de Vida Estresantes: Un estudio transcultural de adolescentes venezolanos y mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 17(1), 123-138.
- Lucio, E. & Durán, C. (2003). *Cuestionario de Sucesos de Vida*. México: El Manual Moderno.
- Lucio, E., Durán, C., León, I. & Hernández, Q. (2003). Información Sociodemográfica. Versión para investigación. México. Facultad de Psicología, UNAM.
- Lucio, E., León, I., Durán, C., Bravo, E. & Velasco, E. (2001). Los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 24(5), 17-24.
- Lucio, E., Linage, M., Pérez, M. & Arenas, P. (2009). Una estrategia preventiva para adolescentes con riesgo suicida y consumo de sustancias en el escenario escolar. *Revista Española de Drogodependencias*, 34(3), 323-330.
- Lucio, E., Loza, G. & Durán, C. (2000). Los sucesos de vida estresantes y la personalidad de adolescentes con intento suicida. *Psicología Contemporánea*, 7(2), 58-65.
- Lucio, E., Plascencia, M. & Zamarrón, G. (2005). Detección del riesgo suicida y otros problemas emocionales en una muestra de adolescentes de Aguascalientes. *Investigación y Ciencia de Aguascalientes*, 13, 29-36.
- Lucio, E., Durán, C., Heredia, C. & Villarruel, B. (2010). Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes. Versión para investigación. México. Facultad de Psicología, UNAM.
- Luthar, S. (1993). Annotation: Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychol Psychiatry*, 34, 441-453.
- Luthar, S. & Zelazo, L. (2003). Research on resilience: An integrative review. En S. Luthar (Eds.) *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities*. (pp. 510-549). New York: Cambridge University Press.
- Luthar, S. (2006). Resilience in Development: A synthesis of Research across five decades. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.). *Developmental Psychopathology. Vol 3. Risk, Disorder and Adaptation*. (pp. 739-795). New Jersey: Wiley.
- Luthar, S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*. 71(3), 543-562.
- Luthar, S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). Research on Resilience: Response to Commentaries. *Child Development*, 71 (3), 573-575.
- Luthar, S. & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(1), 6-22.
- Machado, A. (2005). Detección de riesgo suicida en una secundaria publica del Distrito Federal. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM
- McAuliffe, C. (2002). Suicidal Ideation as an Articulation of Intent: A Focus for Suicide Prevention? *Archives of Suicide Research*, 6, 325-338.
- Machamer, A.M. & Gruber, E. (1998). Secondary school, family, and educational risk: Comparing American Indian adolescents and their peers. *Journal of Educational Research*, 91(6), 357-369.

- Maddaleno, M., Morello, P. & Infante-Espínola, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México*, 45(1), 132-139.
- Marcenko, M.O., Fishman, G. & Friedman, J. (1999). Reexamining adolescent suicidal ideation: a developmental perspective applied to a diverse population. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(1), 121-138.
- Masten, A. (1999). Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research. En M.D. Glantz y J.L. Johnson (Eds.). *Resilience and development. Positive life adaptations* (pp- 281-296). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Masten, A. (2004). Regulatory Processes, Risk, and Resilience in Adolescent Development. *New York Academy of Sciences*, 1021, 310-319.
- Masten, A., Burt, K. & Coatsworth, D. (2006). Competence and Psychopathology in Development. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.). *Developmental Psychopathology. Vol 3. Risk, Disorder and Adaptation*. (pp. 696-705). New Jersey: Wiley.
- Masten, A. & Coatsworth, D. (1998). The development of competent in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205-220.
- Masten, A. & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. En B. B. Lahey & A. E. Kandiz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (pp. 1-512). New York: Plenum.
- Masten, A., Hubbard, J., Gest, S., Tellegen, A., Garmezy, N. & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11, 143-169.
- Masten, A. & Obradovic, J. (2006). Competence and Resilience in Development. *New York Academy of Sciences*, 1094, 13-27.
- Masten, A. & Powell, J. (2003). A resilience framework for research, policy and practice. In S. Luthar (Ed.). *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. (1-25). New York: Cambridge University Press.
- Matthews, G., Schwan, V., Campbell, S., Saklofske, D. & Mohamed, A. (2000). Personality, Self-Regulation, and Adaptation. A Cognitive- Social Framework. In M. Boekaerts, P.R. Pintrich & M. Zeidner (Eds.). *Handbook of Self-Regulation*. (pp. 171-207). San Diego: Academic Press.
- Mead, M. (1972). *Experiencias personales y científicas de una antropóloga*. Buenos Aires: Paidós.
- Millon, T. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Moos, R. (1993). *Coping Responses Inventory- Adult Form Professional Manual*. Odessa, Fla.: Psychological Assessment Resources.
- Moos, R. (2005). Contextos sociales, afrontamiento y bienestar: lo que sabemos y lo que necesitamos saber. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(1), 15-30.
- Moos, R. & Schaefer, J. (1986). Life Transitions and Crises. A Conceptual Overview. In R. Moos (Ed). *Coping with Life Crises. An Integrated Approach*. (pp. 3-28) New York: Plenum Press.
- Mondragón, L., Borges, G. & Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24(6), 4-15.

- Mondragón, L., Saltirejal, M., Bimbela, A. & Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol. *Salud Mental*, 21(5), 20-27.
- Morales, J. R., & Guerra, N. G. (2006). Effects of multiple context and cumulative stress on urban children's adjustment in elementary school. *Child Development*, 77, 907-923.
- Obradovic, J., Burt, K. & Masten, A. (2006). Pathways of Adaption from Adolescence to Young Adulthood. *New York Academy of Sciences*, 1094, 340-344.
- O'Carroll, P., Berman, A., Maris, R., Moscicki, E., Tanney, B. & Silverman, M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide Life-Threatening Behavior* 26(3), 237-252.
- O'Connor, R., Rasmussen, S., Miles, J. & Hawton, K. (2009). Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 68-72.
- Olsson, C., Bond, L., Burns, J., Vella-Brodick, D. And Sawyer, S. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26, 599-621.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2001). *Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional, "Trastornos Mentales y Cerebrales, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías."* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html> el día 1 de enero de 2010.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). Recuperado el 7 de octubre de 2011 de, http://www.who.int/child_adolescent_health/data/en/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html el 28 de enero de 2011.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/index.html el día 20 de Septiembre de 2011.
- Papalia, D. & Wendkos, S. (1999). *Psicología del desarrollo*. México: McGrawHill.
- Piaget, J. (1975). *Psicología de la Inteligencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Pilowsky, D., Zybert, P. & Vlahov, D. (2004). Resilient Children of Injection Drug Users. *Journal of Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 43(11), 1372-1379.
- Pokorny, A.D. (1986). A scheme for classifying suicidal behaviors. In A.T. Beck, H.L.P. Resnik & D.J. Lettieri, (Eds.), *The prediction of suicide* (pp. 29-44). Philadelphia: Charles Press.
- Rescorla, L., Almqvist, F., Bird, H., Dobrean, A., Erol, N., Hannesdottir, H., Lambert, M., Minaei, A., Novik, T., Roussos, A., Simsek, Z., Weintraub, S., Wolanczyk, T., Zukauskiena, R., Achenbach, T., Ivanova, M., Dumenci, L., Bilenberg, N., Broberg, A., Döpfner, M., Forns, M., et al. (2007). Epidemiological Comparisons of Problems and Positive Qualities Reported by Adolescents in 24 Countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 351-358.
- Rew, L. (2005). *Adolescent Health. A multidisciplinary Approach to theory, research and intervention*. EE.UU. : Sage.
- Rew, L. & Horner, S. (2003). Personal Strengths of Homeless Adolescents Living in a High-Risk Environment. *Advances in Nursing Science*, 26(2), 90-101.
- Rice, P. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. España: Prentice Hall.

- Romero, I., Salcedo, C. & Tepancal, E. (2009). Recursos resilientes en familias mexicanas de la zona rural y urbana desde la perspectiva de los adolescentes. [Versión electrónica] *LiberAddictus*, 105, 1-6.
- Rotheram-Borus, M.J. (1993). Suicidal Behaviour and risks factors among run aways youths. *American Journal of Psychiatry*, 150, 103-107.
- Roisman, G., Masten, A., Coatsworth, D. & Tellegen, A. (2004). Salient and emerging developmental tasks in the transition to adulthood. *Child Development*, 75, 1-11.
- Rutter, M. (1988). Stress, Coping and Development: Some Issues and some Questions. In N. Garmezy & M. Rutter (Eds.). *Stress, Coping, and Development in Children*. (pp. 1-34). Baltimore: Johns Hopkins.
- Rutter, M. (2005). Environmentally Mediated Risks for Psychopathology: Research Strategies and Findings. *Journal Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 44 (1), 3-18.
- Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.
- Santrock, J. (2003). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. Madrid, España: McGrawHill.
- Sauceda, J.M., Lara, M.C. & Fócil, M. (2006). Violencia autodirigida en la adolescencia: intento de suicidio. *Medigraphic Artemisa en línea*, 63, 223-231.
- Schwarzer, R. & Schwarzer, C. (1996). A critical survey of coping instruments. In M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.). *Handbook of Coping*. New York: Wiley.
- Secretaría de Educación Pública. (2009). *Estadística Histórica del Sistema Educativo Nacional. Portal SEP. Educación Media Superior 2000-2009. Resumen estadístico de la matrícula escolar de Nivel Medio Superior*. Recuperado el 3 de octubre de 2011, de http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/1899/1/images/principales_cifras_2009_2010.pdf
- Seiffge-Krenke, I. (1993). Coping behavior in normal and clinical samples: more similarities than differences? *Journal of Adolescence* 16, 285-303.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, Coping and Relationships in Adolescence*. EE.UU.: Lawrence Erlbaum.
- Seiffge-Krenke, I. (1998) *Adolescents Health. A developmental perspective*. EE.UU.: Lawrence Erlbaum.
- Seiffge-Krenke, I., Aunola, K. & Nurmi, J. (2009). Changes in Stress Perception and Coping During Adolescence: The Role of Situational and Personal Factors. *Child Development, January/February*, 80(1), 259-279.
- Seiffge-Krenke, I. & Shulman, S. (1990). Coping style in adolescence. A cross-cultural study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 21, 351-377.
- Seiffge-Krenke, I. & Stemmler, M. (2002). Factors Contributing to Gender Differences in Depressive Symptoms: A Test of Three Developmental Models. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(6), 405-417.
- Shaffer, D., Pfeffer, C. R., Bernet, W., Arnold, V., Beitchman, J., Benson, S., Bukstein, O., Kinlan, J., McClellan, J., Rue, D., Shaw, J. & Kroeger, K. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7), 24S-51S.
- Smetana, J., Campione-Barr, N. & Metzger, A. (2006). Adolescent Development in Interpersonal and Societal Contexts. *Annual Reviews Psychol.*, 57, 255-284.
- Soufre, A. (2007). The Place of Development in Developmental Psychopathology. In A. Masten (Ed.). *Multilevel Dynamics in Developmental Psychopathology: Pathways to the Future*.

- The Minnesota Symposia on Child Psychology*. (pp. 288-295). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Spirito, A., & Overholser, J.C. (2003). *Evaluating and treating adolescent suicide attempters: From research to practice*. Nueva York: Academic Press.
- Stanton, C., Spirito, A., Donaldson, D. & Boergers J. (2003). Risk-taking behavior and adolescent suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(1), 74-79.
- Tiet, Q., Bird, H., Davies, M., Hoven, C., Cohen, P., Jensen, P. & Goodman, S. (1998). Adverse Life Events and Resilience. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1191-1200.
- Ventura-Juncá, Carvajal, Undurraga, Vicuña, Egaña y Garib, 2010
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Cardiel, H., Villa, G. & Alcantar, E. (1999). *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 1997. Reporte global de Escuelas Secundarias*. México: SEP, IMP.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Hernández, M., Fleiz, C., Amador, N., & Bermúdez, P. (2005). La encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la ciudad de México: noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 28(1), 38-51.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P., & Juárez, F. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes. Medición Otoño del 2000. *Salud Mental*, 25(1), 43-54.
- Walsh, F. (2002). A family resilience framework: Innovative practice applications. *Family Relations*, 51, 130-137.
- Wagner, F.A., González-Forteza, C., Aguilera, R.M., Ramos-Lira, L.E., Medina-Mora, M.E. & Anthony, J.C. (2003) Oportunidades de exposición al uso de drogas entre adolescentes de secundaria de la ciudad de México. *Salud Mental*, 26(2), 22-32.
- Werner, E.E. & Johnson, J.L. (2004). The role of caring adults in the lives of children of alcoholics. *Substance Use & Misuse*, 39, 699-720.
- Werner, E.E. & Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but Invincible: A study of resilient children*. McGraw-Hill. Ney York.
- Wunderlich, U., Bronisch, T. & Wittchen, H. (1998). Comorbidity patterns in adolescents and young adults with suicide attempts. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 248, 87-95.
- Zanini, D., Forns, M. & Kirchner, T. (2005). Coping Responses and Problem Appraisal In Spanish Adolescents. *Perceptual and Motor Skills*, 100, 153-166.

1. Formato de consentimiento informado para alumnos y profesores sobre la aplicación de la batería de pruebas (Encuesta).
2. Formato de consentimiento informado para alumnos y padres sobre la intervención o grupo de reflexión.



**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología**

Programa de Apoyo para Adolescentes Estudiantes (Ciclo 2009-2010)

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO-ALUMNOS
ENCUESTA**

**Derechos y Responsabilidades de los Participantes en el
Proyecto de Prevención con Adolescentes Estudiantes**

Uno de los objetivos de la UNAM es atender a sus alumnos en forma integral, por lo que se están realizando una serie de investigaciones para atender las problemáticas que aquejan al alumnado de nivel medio superior.

Esta investigación consiste en realizar una encuesta que nos permita conocer la situación actual de los alumnos de bachillerato, por lo que solicitamos tu cooperación para poder entender mejor a jóvenes como tú.

Te informamos que has sido seleccionado para contestar esta encuesta, por lo que es importante que conozcas y estés de acuerdo con los siguientes lineamientos de la presente carta-consentimiento:

1. Los cuestionarios se aplicarán en forma colectiva.
2. El contestar o no los cuestionarios no influye en tu situación académica.
3. La contestación de los cuestionarios es voluntaria.
4. Si se detectara que tienes una necesidad de ayuda se te atenderá ya sea en la misma UNAM o canalizándote al lugar adecuado, previo consentimiento tuyo y de tu padre o tutor.
5. El contestar estos cuestionarios puede beneficiarte a ti y a otros jóvenes como tú a conocerse mejor y entender más algunos de los problemas por los que pasan durante su desarrollo.
6. El presente proyecto forma parte de las funciones de enseñanza e investigación propias de la UNAM y los datos obtenidos en la intervención pueden llegar a ser empleados en foros profesionales o revistas científicas. No obstante, los datos personales son de carácter confidencial.

_____ **Sí**, sí estoy de acuerdo en participar _____ **No**, no estoy de acuerdo en participar

Nombre del alumno: _____ Grado y grupo: _____

Firma: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

Investigadores Responsables:

Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo

Lic. Paulina Arenas Landgrave



**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología**

**Programa de Apoyo para Adolescentes Estudiantes (Ciclo 2009 - 2010)
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO-PROFESORES
ENCUESTA
Proyecto de Prevención con Adolescentes Estudiantes**

Uno de los objetivos de la UNAM es atender a sus alumnos en forma integral por lo que se están realizando una serie de investigaciones para detectar las principales problemáticas que aquejan al alumnado de nivel medio superior.

Esta investigación consiste en realizar una encuesta que nos permita conocer la situación actual de los estudiantes de bachillerato, por lo que solicitamos su cooperación para poder trabajar con sus alumnos.

De acuerdo con lo anterior, deseamos informarle a Ud. apreciable Prof. ----- que imparte la materia de ---- al grupo ----, que dicho grupo fue seleccionado para participar en esta encuesta el día ---- del mes ---- en el horario de --- hrs a --- hrs. Sabemos que las horas de sus clases son muy valiosas por lo que nos hemos dado a la tarea de que esta aplicación se realice únicamente en el día y horario establecidos.

Esta investigación está a cargo de la Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo, a través del programa --- --; así mismo contamos con el apoyo del departamento de psicopedagogía de este plantel. Si tiene cualquier duda, puede ponerse en contacto con nosotros al teléfono ---- de la Facultad de Psicología con la Lic. Paulina Arenas Landgrave o puede acudir al departamento de psicopedagogía con la Psic. ----.

Nombre del profesor: _____

Materia y Grupo: _____

Firma de autorización: _____ Fecha: _____



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología

Programa de Apoyo para Adolescentes Estudiantes Ciclo 2010-1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ALUMNOS - INTERVENCIÓN
Derechos y Responsabilidades de los Participantes en el Proyecto de Intervención con Adolescentes

Psicoterapeutas: Lic. Paulina Arenas Landgrave, Lic. Gabriela Olvera y Lic. Ma. Teresa Monjarás.

Estimado alumno (a) estás por iniciar una terapia breve en forma grupal en las instalaciones del plantel _____ del día _____ al día _____ del mes de _____ del 200__. Es importante que conozcas y estés de acuerdo con los siguientes lineamientos de la presente carta-consentimiento:

1. Los terapeutas realizarán una intervención psicológica en forma grupal con la duración ya establecida, en las instalaciones de la institución educativa en la que acudes como alumno (a). La frecuencia de las sesiones será de dos veces por semana (los días lunes y jueves), de 13 a 15 hrs.
2. Es necesario que para el mayor beneficio de este grupo de apoyo y atención psicológica, asistas a todas las sesiones. Si no puedes asistir a alguna, favor de avisar con un día de anticipación a cualquiera de los terapeutas del grupo al **teléfono 5622 2318** o al correo psicotalleres@yahoo.com.mx
3. Las sesiones podrán ser video grabadas con la finalidad de documentar el inicio, progreso y culminación de la terapia (de manera individual y colectiva). Lo anterior tiene como fin recabar mayores datos que permitan el mejoramiento de estos grupos para su implementación con otros jóvenes estudiantes y en otras escuelas de bachillerato. Estas grabaciones sólo serán observadas por el equipo de terapeutas o estudiantes de posgrado de la carrera de psicología (supervisados por los terapeutas coordinadores) con el propósito de monitorear la calidad y consistencia de la intervención psicológica.
4. Los datos personales así como todos aquellos que provengan de las sesiones de grupo serán de carácter **confidencial**. Los nombres de los adolescentes participantes, así como cualquier información que pueda identificarte no será publicada en ningún medio ni de forma alguna. Toda información recabada durante el trabajo con los participantes quedará bajo resguardo del equipo de trabajo e investigación de la Dra. Lucio en la Facultad de Psicología de la UNAM.
5. El presente proyecto forma parte de las funciones de enseñanza e investigación propias de la UNAM y los datos obtenidos en la intervención pueden llegar a ser empleados en foros profesionales o revistas científicas. No obstante, como se señala en el punto anterior, los datos personales son de carácter confidencial.
6. Se considera que esta intervención te beneficiará en un mejor desarrollo, pues este tipo de grupos han mostrado efectos favorables para otros jóvenes.
7. Durante el proceso grupal de apoyo, puedes rehusarte a contestar cualquier pregunta, o negarse a participar en dinámicas o procedimientos específicos que se le soliciten o incluso, dejar el grupo. Tu participación es completamente voluntaria y tu podrás solicitar una alternativa de terapia o tratamiento.
8. Como participante podrás evaluar la atención recibida por medio de formas especiales o realizar sugerencias u observaciones, dirigidas a los terapeutas.
9. Es probable que después de la terminación del grupo de apoyo alguna persona integrante del equipo de investigación se comunice contigo. Lo anterior tiene como propósito hacer un seguimiento de la intervención realizada.

_____ Sí, sí estoy de acuerdo _____ No, no estoy de acuerdo.

Nombre del alumno (a): _____ Semestre (grupo): _____

Firma: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____ e-mail: _____



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología

Programa de Apoyo para Adolescentes Estudiantes Ciclo 2010-1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES - INTERVENCIÓN

Derechos y Responsabilidades de los Participantes en el Proyecto de Intervención con Adolescentes

Psicoterapeutas: Lic. Paulina Arenas Landgrave, Lic. Gabriela Olvera y Lic. Ma. Teresa Monjarás.

Su hijo (a) / tutorado (a) está por iniciar una terapia breve en forma grupal en las instalaciones de la escuela _____ en la Delegación _____ del Distrito Federal, del día _____ al día _____ del mes de _____ del 200__. Es importante como padre / tutor que conozca y esté de acuerdo con los siguientes lineamientos de la presente carta-consentimiento:

1. Los terapeutas realizarán una intervención psicológica en forma grupal con la duración ya establecida, en las instalaciones de la institución educativa a la que acude su hijo (a) / tutorado (a). La frecuencia de las sesiones será de dos veces por semana (los días lunes y jueves), de 13 a 15 hrs. En cada sesión habrá tres terapeutas colaborando en el trabajo con los adolescentes.
2. Es necesario que para el mayor beneficio de este grupo de apoyo y atención psicológica, su hijo (a) / tutorado (a) asista a todas las sesiones. Si no puede asistir alguna, favor de avisar con un día de anticipación a cualquiera de los terapeutas del grupo al **teléfono 5622 2318**.
3. Las sesiones pueden ser video grabadas con la finalidad de documentar el inicio, progreso y culminación de la terapia (de manera individual y colectiva). Lo anterior tiene como fin recabar mayores datos que permitan el mejoramiento de estos grupos para su implementación con otros jóvenes estudiantes y en otros bachilleratos. Estas grabaciones sólo serán observadas por el equipo de terapeutas o estudiantes de posgrado de la carrera de psicología (supervisados por los terapeutas coordinadores) con el propósito de monitorear la calidad y consistencia de la intervención psicológica.
4. Los datos personales así como todos aquellos que provengan de las sesiones de grupo serán de carácter **confidencial**. Los nombres de los adolescentes participantes, así como cualquier información que pueda identificarlo (a) no será publicada en ningún medio ni de forma alguna. Toda información recaba durante el trabajo con los participantes quedará bajo resguardo del equipo de trabajo e investigación de la Dra. Lucio en la Facultad de Psicología de la UNAM.
5. El presente proyecto forma parte de las funciones de enseñanza e investigación propias de la UNAM y los datos obtenidos en la intervención pueden llegar a ser empleados en foros profesionales o revistas científicas. No obstante, como se señala en el punto anterior, los datos personales son de carácter confidencial.
6. Durante el proceso grupal de apoyo, el adolescente se puede rehusar a contestar cualquier pregunta, o negarse a participar en dinámicas o procedimientos específicos que se le soliciten o incluso, dejar el grupo. La participación de su hijo (a) / tutorado (a) es completamente voluntaria y su decisión no afecta o repercute de ningún modo en el desarrollo de su vida académica o disciplinaria. En cualquier caso, Usted podrá solicitar una alternativa de terapia o tratamiento.
7. Es probable que después de la terminación del grupo de apoyo alguna persona integrante del equipo de investigación se comunique con Usted. Lo anterior tiene como propósito hacer un seguimiento de la intervención realizada.

_____ Sí, sí estoy de acuerdo _____ No, no estoy de acuerdo.

Nombre del padre o tutor: _____

Nombre de su hijo(a)/tutorado(a): _____ Semestre (grupo): _____

Firma: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____