



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA PSICOLOGÍA

**Factores familiares y conducta suicida en adolescentes**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Presenta:

**MIRIAM AIDE IBÁÑEZ GALINDO**

Área de Psicología Clínica y de la Salud

Directora de tesis:

**Dra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte**

Jurado:

**Lic. Eduardo Cortés Martínez**

**Dra. Ana Teresa Rojas Ramírez**

**Dra. María Sughey López Parra**

**Dra. María del Pilar Méndez Sánchez**



Ciudad de México, 2021



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**

Especial agradecimiento al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) IN308420 “Desarrollo de modelos psicológicos de evaluación-intervención para promover la adaptación positiva en adolescentes y familias vulnerables” por el apoyo económico otorgado para la realización de esta investigación.

A Blanca Estela Barcelata Eguiarte, directora de esta tesis principalmente por darme la oportunidad de colaborar en su equipo de investigación, por los conocimientos brindados, por el tiempo dedicado a este trabajo y a cada una de nuestras dudas, por alentarnos a seguir aprendiendo y creciendo como profesionales.

A mi jurado, Pilar Méndez, Teresa Rojas, Sughey López y Eduardo Cortés, por la atención brindada a lo largo de la elaboración de este trabajo, por su tiempo, experiencia y conocimientos compartidos.

## DEDICATORIAS

*A mi madre:*

*Por todo el apoyo incondicional que me has dado, por tu amor infinito, por tu gran paciencia a lo largo de las diferentes etapas de mi vida, por tu energía y tiempo brindado cuando más lo necesité, por todo tu esfuerzo dentro y fuera de casa para darnos siempre lo mejor, por ser el ejemplo más grande de fortaleza, dedicación y perseverancia, por encontrar siempre la manera de levantar a toda tu familia pese a cualquier adversidad.*

*A mi abuelita Lore:*

*Por ser como mi segunda madre a lo largo de toda mi vida, por darme muchísimos de los mejores recuerdos de mi infancia, porque me hizo conocer la fortaleza y superación de todo dolor físico y emocional, por brindarme su amor y cariño sincero, la calidez de su hogar en todo momento y su compañía, por ser el pilar de una familia numerosa.*

*A mi abuelito Peri:*

*Que a pesar de ya no estar físicamente, me dejó muchas enseñanzas que he ido descubriendo en cada etapa de mi vida, porque sigue presente en cada logro y en cada dificultad, por ser el mayor ejemplo de resiliencia y soporte de una familia tan grande, por haberla moldeado a base de amor y esfuerzo, por ser el mejor ejemplo de superación y amor real, de que el querer es poder. Por darme la fortaleza necesaria para superar cualquier obstáculo.*

*A mi hermano:*

*Porque has sido mi modelo a seguir desde que era una niña, una inspiración en mi vida personal y en mi formación académica, porque eres para mí la persona más inteligente que conozco, porque siempre te he visto como a un héroe en la vida real, por no cuestionar mis decisiones y el camino que he ido tomando, porque siempre has creído en mí y porque nadie me habría motivado mejor que tú con el ejemplo para hacer este proyecto de tesis como forma de titulación.*

*A mi pareja:*

*Por estar siempre para escucharme, por darme los mejores momentos, por recibir mi frustración y tristezas cuando estoy por quebrar y darme las mejores palabras de aliento, por nunca permitir sentirme menos de lo que soy, por hacerme sentir amada y segura de mí misma, por hacerme ver todo lo que soy capaz de lograr. Porque sin importar el tiempo que estemos juntos y si tiene un final, estaré siempre agradecida contigo, por el crecimiento personal y el aprendizaje que tuve a tu lado.*

*A mis amistades:*

*Quienes creyeron en mí cuando yo no era capaz de ver lo que estaba logrando, por llenarme de los momentos más felices y locos, por darme todo su cariño y apoyo, por los regaños cuando eran necesarios, por ver en mí a una persona única, muy alegre, con mucha actitud y llena de aptitudes, por animarme en cada paso y reforzar mis logros.*

*A Jullien, mi mascota:*

*Porque los animales son los seres más leales, quienes dan siempre más de lo que reciben, por acompañarme los cuatro años de carrera viviendo mis desvelos y lágrimas de estrés, por curarme de toda tristeza con sólo estar presente.*

# ÍNDICE

	Pág
Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
<b>CAPÍTULO 1 Adolescencia y Familia</b>	
1.1 La adolescencia	6
1.2 ¿Qué es la familia?	8
1.2.1 Perspectivas teóricas de la familia	11
1.2.2 La familia desde el modelo ecológico de Bronfenbrenner	14
1.3 Funciones de la familia	17
1.4 Desarrollo del adolescente dentro de la familia	21
<b>CAPÍTULO 2 Conducta Suicida y Factores asociados</b>	
2.1 Conducta suicida	24
2.1.1 Suicidio: datos epidemiológicos	27
2.1.2 Conductas autodestructivas	28
2.1.3 Autolesiones	29
2.1.4 Evidencia sobre la conducta suicida	33
2.2 Factores asociados a la conducta suicida	35
2.2.1 Personales	
2.2.1.1 Impulsividad	38
2.2.1.2 Rasgos de la personalidad	39
2.2.1.3 Poca o nula regulación emocional	40
2.2.1.4 Trastornos mentales	41
2.2.2 Contextuales	
2.2.2.1 Consumo de sustancias	44
2.2.2.2 Relación y violencia entre pares	45
2.2.2.3 Factores familiares	47
2.3 Autolesiones y Factores familiares	51

**CAPÍTULO 3 Método**

3.1 Planteamiento del problema	56
3.2 Pregunta de investigación	58
3.3 Objetivos	58
3.3.1 General	
3.3.2 Específicos	
3.4 Variables	
3.4.1 Factores familiares	59
3.4.2 Conducta suicida	59
3.5 Tipo de investigación	60
3.6 Métodos	
3.6.1 Participantes	60
3.6.2 Instrumentos	61
3.6.3 Procedimiento	62

**CAPITULO 4 Resultados**

4.1 Características demográficas de la muestra	
4.1.1 Integración de la muestra	64
4.1.2 Estructura familiar	66
4.1.3 Edad, escolaridad y ocupación de los padres	68
4.1.4 Estado civil de los padres e ingreso económico	71
4.2 Análisis comparativo de los Factores Familiares, Riesgo Suicida y Motivos de Autolesión por sexo y edad	71
4.2.1 Diferencia de los Factores familiares por sexo y edad	72
4.2.2 Diferencia del Riesgo suicida por sexo y edad	73
4.2.3 Diferencia de los Motivos de autolesión por sexo y edad	74
4.3 Análisis correlacional entre factores familiares y riesgo suicida	76
4.4 Análisis correlacional entre factores familiares y motivos de autolesión	77

4.5 Análisis correlacional entre riesgo suicida y motivos de autolesión	Pág 78
<b>CAPÍTULO 5 Discusión y Conclusiones</b>	80
Referencias	87



## Resumen

El suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial que se ha incrementado en adolescentes mexicanos. A nivel preventivo, el suicidio puede evitarse detectando conductas de riesgo y factores que pueden ser indicadores de esta problemática tal como las autolesiones y el funcionamiento familiar; pues es la población adolescente la más propensa a elegir las autolesiones como forma de afrontamiento y la familia el sistema más próximo en el que se desarrollan.

Por lo que el objetivo de esta investigación fue analizar los factores familiares que se relacionan con la conducta suicida en adolescentes de 13 a 18 años.

Participaron 237 adolescentes de 13 a 18 años. Se les envió un formulario en línea con la Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES III), el Inventario de Riesgo Suicida (IRIS) y el Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS).

Se encontraron diferencias significativas en los factores familiares por edad; las mujeres presentan indicadores más altos de riesgo suicida; los niveles más altos de motivos de autolesión los presentan adolescentes de 16 a 18 años. Se observaron correlaciones significativas negativas ( $p \leq .01$ ) de cohesión y adaptabilidad con cinco indicadores de riesgo suicida y con dos motivos de autolesión ( $p \leq .05$ ).

La familia funciona como un factor protector sobre el riesgo suicida, pero no así sobre las autolesiones; algunas de las conductas autolesivas están relacionadas con los indicadores de riesgo suicida, lo que puede ser señal de que las causas de las autolesiones se encuentren fuera del entorno familiar.

**Palabras clave:** adolescencia, factores familiares, autolesiones, riesgo suicida.

## Abstract

Suicide is a global public health problem that has increased in Mexican teens. As a preventive level, suicide can be avoided by detecting risky behaviors and factors that can be indicators of this problem such as self-harm and family functioning, because it is the adolescent population the most likely to choose self-harm as a form of coping and the family the closest system in which they develop.

So the aim of this research was to analyze family factors related to suicidal behavior in adolescents aged 13 to 18.

237 adolescents from 13 to 18 years old participated. They were sent an online form with the Family Adaptability and Cohesion Assessment Scale (FACES III), Suicide Risk Inventory (IRIS) and Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS).

Significant differences in family factors by age were found; women have higher indicators of suicidal risk; higher levels of self-harm are presented by adolescents age 16 to 18. Significant negative correlations ( $p \leq .01$ ) of cohesion and adaptability were observed with five suicidal risk indicators and with two self-harming grounds ( $p \leq .05$ ).

The family functions as a protective factor over suicidal risk, but not on self-harm; some of the self-harming behaviors are related to suicidal risk indicators, which may be a sign that the causes of self-harm are outside the family environment.

**Keywords:** adolescence, family factors, self-harm, suicidal risk.

## **Introducción**

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa de la vida en la que se desarrollan competencias emocionales y sociales, dotándoles de la capacidad para manejar o autorregular las emociones; así como la capacidad para relacionarse afectivamente con otros contribuyendo a su bienestar y buen desarrollo psicosocial (Mendoza, 2019). No es sólo un periodo de construcción y transición, sino también la etapa en la que se desarrolla la consciencia de la muerte (Grandclerc, De Labrouhe, Spodenkiewicz, Lachal & Moro, 2016). Esta etapa es también un periodo de alta vulnerabilidad, tanto física, psicológica como social e influyen factores y conductas que pueden tener consecuencias potencialmente graves para su vida actual y futura (Stella, 2012), dado que los jóvenes se esfuerzan por tener una mayor autonomía en sus vidas (Goossens, 2016).

Uno de los determinantes de la salud mental de los adolescentes es la calidad de su vida doméstica; es decir, el sistema más próximo o el primero del que forman parte, y como primer sistema se considera a la familia, por lo que es importante conocer las funciones de ésta, ya que puede fungir como una fuente de salud o enfermedad para los integrantes de la misma (Mendoza et al., 2006; OMS, 2019).

La familia cumple un papel fundamental en el desarrollo integral de sus miembros, ya que dentro de ella se cumplen funciones de protección, afecto y socialización (Pérez, 2004). La familia es uno de los factores que más contribuye a la salud de las personas adolescentes, y puede ser un factor altamente protector cuando se tiene un apego positivo y significativo, por lo menos, con un adulto. Las relaciones de familia sirven de guía para los y las adolescentes, pues contribuyen al desarrollo de la resiliencia o factores protectores

para enfrentar prácticas culturales y sociales que puedan perjudicar su desarrollo y salud (Stella, 2012).

Las relaciones entre progenitores y adolescentes llegan a ser más conflictivas durante la adolescencia por los cambios o procesos biológicos, emocionales y cognitivos del niño que llega a la adolescencia. El ser humano suele experimentar mayor estrés durante las diferentes transiciones evolutivas, por lo que muestra cierta inercia y resistencia, lo que a su vez aumenta la probabilidad de que surjan conflictos o dificultades (Arranz, 2004; Parra & Oliva, 2002).

Es posible que la dinámica familiar se vea afectada por conductas de riesgo que van desde el uso y abuso del alcohol, tabaco y drogas hasta las promiscuidad arriesgada, hábitos alimenticios dañinos, conductas violentas y suicidas, entre otras (Santiago y Torres, 2019).

De las diversas conductas de riesgo, específicamente las suicidas que se pueden presentar entre adolescentes, la presente investigación se centra en las autolesiones y los factores asociados ya que son los adolescentes los más propensos a generarse autolesiones como medio de afrontamiento disfuncional y no sólo resulta afectada la salud y el desarrollo del adolescente sino también la salud de la comunidad y su bienestar general.

La OMS (2019) estima que 62,000 adolescentes murieron en 2016 como consecuencia de las autolesiones. Autores como Fleta (2017), Belletich, Céspedes, Díaz y Pumapillo (2019) definen a las conductas autolesivas o autolesiones son todas aquellas conductas que implican la provocación deliberada de lesiones en el propio cuerpo sin intención suicida.

Esta investigación presenta algunos de los factores familiares que se relacionan con la conducta suicida de adolescentes de 13 a 18 años de la Ciudad de México, el Estado de México y algunos otros estados de la República, para que con ello se logren generar estrategias como medida de prevención.

Este documento consta de cinco capítulos, que se describen a continuación:

El *Capítulo uno* retoma la literatura hacia la definición de los conceptos adolescencia y familia; asimismo presenta las funciones y el impacto que la familia tiene sobre el desarrollo del adolescente, pasando por algunas de las características que conlleva.

El *Capítulo dos* revisa datos asociados a la conducta suicida, como el suicidio mismo, las conductas autolesivas, los factores personales y contextuales para finalizar con investigaciones que correlacionan las autolesiones con los factores familiares.

El *Capítulo tres* desarrolla el método de la investigación, explicando el objetivo general y los objetivos específicos, las variables con las que se trabajaron, el tipo de investigación, la muestra, los instrumentos utilizados y el procedimiento que se llevó a cabo.

El *Capítulo cuatro* presenta los datos obtenidos de los análisis descriptivos de la muestra, su estructura familiar, datos generales de los padres y madres de los adolescentes; análisis comparativos de los factores familiares, riesgo suicida y motivos de autolesión por sexo y edad; y análisis correlacionales entre las mismas variables mencionadas.

El *Capítulo cinco* finaliza con la discusión de los resultados obtenidos, describe las limitaciones que se presentaron y concluye con base en la pregunta de investigación que posteriormente otorga una recomendación.

# CAPÍTULO 1

## Adolescencia y Familia

---

### 1.1 La adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (2019) indicó que una de cada seis personas tiene entre 10 y 19 años de edad. Este periodo se conoce como adolescencia, etapa única y formativa en la que se presentan múltiples cambios físicos, emocionales y sociales.

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa de la vida en la que se desarrollan competencias emocionales y sociales, dotándoles de la capacidad para manejar o autorregular las emociones así como la capacidad para relacionarse afectivamente con otros contribuyendo a su bienestar y buen desarrollo psicosocial (Mendoza, 2019); sin embargo también es un periodo de alta vulnerabilidad, tanto física y psicológica como social, e influyen factores y conductas que pueden tener consecuencias potencialmente graves para su vida actual y futura (Stella, 2012). Los marcadores biológicos, sociales y psicológicos que limitan cronológicamente esta etapa son dinámicos a lo largo de la historia; los cambios biológicos marcan el inicio de la adolescencia, mientras que el final de la misma se encuentra marcado por aspectos sociales como la formación de vínculos íntimos duraderos, la búsqueda de un medio de autosuficiencia y el desarrollo de un sentido de propósito y significado en la vida (Kerig & Schulz, 2012).

Estas interacciones con el medio del que se rodean, no sólo desarrolla las competencias emocionales y sociales de los y las adolescentes, sino también la conducta misma; la teoría del aprendizaje social sostiene que el comportamiento del adolescente está determinado en cierta medida por las interacciones de su entorno social inmediato, es decir

por la convivencia con sus progenitores y pares; asimismo está influenciado por el desarrollo cognitivo, el desarrollo de personalidad y del mundo emocional cuyo determinante más importante es la capacidad de tener confianza y respeto por sí mismo, considerado un factor protector que ayuda a enfrentar y resolver situaciones difíciles; otros puntos de vista dentro de las teorías sociales de la adolescencia se centran en el papel del entorno social más amplio, es decir, del contexto cultural en el que viven (Goossens, 2016; Stella, 2012).

Ya no sólo se habla de su desarrollo individual sino de situaciones externas a ellos que provocan una falta de ajuste en la adolescencia temprana, pues en esa fase del desarrollo, los jóvenes se esfuerzan por tener una mayor autonomía en sus vidas (Goossens, 2016); por lo que la inestabilidad que pueden presentar los adolescentes relacionada a su ciclo vital se conjunta a los cambios que vivencia en su estructura familiar por factores como el divorcio, por su deseo de contar con un hogar estable, la búsqueda de autonomía, la construcción de identidad, etc. (Puello, et al., 2014).

La vulnerabilidad a la que están expuestos los adolescentes está definida por los efectos de: los factores de riesgo que tienen una gran posibilidad de producir una situación o un efecto indeseable pero que pueden ser modificados; las conductas de riesgo que son las acciones repetidas que pueden alterar el desarrollo psicológico, social o físico; los factores protectores que son las situaciones o conductas, las cuales reducen los factores y las conductas de riesgo (Stella, 2012).

Otros de los determinantes de la salud mental de los adolescentes son la calidad de su vida doméstica; es decir, el sistema más próximo o el primero del que forman parte, y como primer sistema se considera a la familia, por lo que es importante conocer las

funciones de ésta, ya que puede fungir como una fuente de salud o enfermedad para los integrantes de la misma (Mendoza et al., 2006; OMS, 2019).

## **1.2 ¿Qué es la familia?**

No existe una definición unívoca de familia, pues aunque es ésta la institución fundamental del ser humano se ha dado cierta diversidad de familias humanas por las transformaciones socioculturales ocurridas a nivel global que han provocado cambios en las formas familiares, en su estructura y evolución. Es imposible hablar de familia como un organismo aislado del entorno económico, social y de su escenario histórico ya que son muchos los organizadores sociales de la vida familiar con interdependencias recíprocas: cultura, política, religión, ideologías de género, de clase, de raza, el medio ambiente (Benítez, 2017).

Gallego (2012) define a la familia como un conjunto de personas que están unidas por vínculos de afectividad mutua, mediada por reglas, normas y prácticas de comportamiento, la cual tiene la responsabilidad social de acompañar a sus miembros en el proceso de socialización primaria para tener éxito en la socialización secundaria.

Salvador Minuchin (1974) menciona que la familia siempre ha sufrido cambios paralelos a los cambios de la sociedad, se ha hecho cargo y ha abandonado las funciones de proteger y socializar a sus miembros como respuesta a las necesidades de la cultura, en este sentido desde su enfoque estructural la familia tiene dos objetivos: la protección psicosocial de sus miembros y la acomodación de una cultura, así como la transmisión de la misma. La familia imprime en sus miembros sentidos de identidad e independencia y por medio de los



procesos de socialización la familia moldea las conductas del niño y le da sentido a su identidad. Así pues, gracias al sentido de pertenencia, cada miembro se encuentra influido a una familia específica y, por otro lado, cuando se participa en diferentes subsistemas familiares o grupos extrafamiliares se consigue un sentido de separación e individualización (Minuchin, 1974; Ramírez, 1995).

Desde la visión antropológica, el estudio de la familia se hace desde el parentesco, el cual es indispensable para el análisis de la familia visualizando sus cambios y transformaciones como adaptaciones a través del tiempo. Desde este punto de vista, la familia ha sido considerada como la principal institución y la base de las sociedades humanas; institución permanente y con gran capacidad de adaptación al cambio, organizada de diferentes formas, y que cumple importantes funciones relacionadas directamente con la preservación de la vida humana, así como con su desarrollo y bienestar; función biológica, económica, afectiva, educativa, protectora y recreativa (Gutiérrez, et al., 2016; Benítez, 2017).

Se entiende por parentesco al lazo que existe entre personas que proceden de un tronco común, ya sea por ascendencia o descendencia unas de otras en línea recta: abuelos, padres, hijos, nietos, biznietos, en donde están presentes los vínculos de sangre, a lo que se le llama consanguinidad; de igual manera lo son los de la línea colateral: hermanos, sobrinos, tíos y primos. Los parientes por afinidad son lo que surgen a causa del matrimonio entre el cónyuge y los parientes del otro: suegros, yernos, nueras, cuñados (Benítez, 2017).

Entre las diversas definiciones, una de las generalizaciones entre las ciencias sociales hace referencia a que la familia es una institución que se encuentra en todas las sociedades humanas pero que además en el tiempo y el espacio ha adoptado formas

variadas. Una de ellas es la familia monogámica, formada por parientes de sangre y afinidad como base principal del parentesco, una unión de dos individuos con base económica; la familia poligámica es aquella que comprende la unión de hombre con varias mujeres; la familia nuclear-conyugal-básica, conformada por cónyuges formales o informales e hijos solteros; de esta última se desprenden otras formas familiares: familia extendida, en la que ya forman parte otros familiares; familia compuesta, en la que se encuentran otros miembros sin relación de parentesco como las amistades. Las familias monoparentales se refieren a sólo la madre (o el padre) con sus hijos; las familias agregadas o reconstituidas, donde dos cónyuges divorciados y con hijos se vuelven a casar, de la que provienen la figura de los padrastros o madrastras; familia homoparental, compuesta por dos hombres o dos mujeres sin hijos o con hijos adoptivos o biológicos de alguno de los dos. La familia constituye el elemento natural y fundamental de la sociedad con derecho a ser protegida por la sociedad y el Estado cuyo desarrollo tiene una estrecha relación con la organización de la sociedad (Benítez, 2017).

La familia como sistema que opera en un contexto social tiene tres componentes: su estructura como sistema sociocultural abierto en proceso de transformación; su desarrollo que al desplazarse a través de un cierto número de etapas exige una reestructuración; su adaptabilidad a las condiciones cambiantes manteniendo una continuidad y promoviendo el crecimiento psicosocial de cada miembro que la conforma (Ramírez, 1995).

La familia es el ambiente más pequeño de la sociedad. Cada familia tiene etapas de desarrollo únicas y diferentes, así como hay patrones generales en cada etapa del desarrollo de la familia también hay patrones particulares que definen a cada familia (Handayani, et al., 2019). Las etapas del desarrollo de la familia descritas por Duvall (1985) incluyen: a)

la familia principiante (la pareja recién casada o la etapa del matrimonio); b) la familia con un niño pequeño (recién nacido hasta los 30 meses de edad); c) familia con niños de edad preescolar (de 30 meses a 6 años); d) familia con niños de edad escolar (de 6 a 13 años); e) familias con adolescentes (hijos de 13 a 25 años); f) familias con adultos jóvenes que salen de casa; g) pareja de mediana edad (sin cargo, jubilados); h) familia en retiro y ancianos (Handayani, et al., 2019).

Existen diferentes perspectivas teóricas que ayudan a comprender los procesos familiares y los conflictos que se viven en su interior, algunas de ellas son las corrientes interaccionistas, las construccionistas y las sistémicas, abordando así a la familia como interacción, como construcción social o como sistema. Cada una constituida por diferentes teorías; dentro de la familia como interacción se encuentran: a) el interaccionismo simbólico, b) la teoría del conflicto, y c) la teoría del intercambio; dentro de la perspectiva de las familias como construcción social se encuentran a) la fenomenología y la construcción social de la identidad, y b) el pensamiento crítico expresado a través del enfoque de género; por último desde la perspectiva que aborda a las familias como sistemas su estudio parte de a) la teoría del desarrollo familiar, b) la teoría de los sistemas y c) la ecología del desarrollo humano (Iturrieta, 2001).

### ***1.2.1 Perspectivas teóricas de la familia***

Para generar una breve descripción sobre cada una de las teorías partiremos por el interaccionismo simbólico, término otorgado por Herbert Blumer a mitad del siglo XX, teoría que tuvo el interés de analizar a la sociedad en términos de interacciones sociales,

centrándose principalmente en la comunicación como base de toda relación. Las tres premisas básicas son (Rizo, 2004):

1. Los humanos actúan con base en el significado que atribuye a los objetos y situaciones que le rodean.
2. El significado que le otorga a objetos o situaciones parte de la interacción social que el individuo tiene con los demás actores.
3. Los significados otorgados se utilizan como proceso de interpretación que el individuo realiza en su relación con las cosas que encuentra, y estos significados se modifican a través del mismo proceso.

La teoría del conflicto, propuesta por Karl Marx y Federico Engels durante la primera mitad del siglo XIX en Alemania, Francia e Inglaterra. Esta teoría explica el conflicto, los movimientos y los cambios en la sociedad, partiendo del hecho de que el conflicto es un fenómeno natural en cualquier sociedad que determina toda la dinámica de la vida. El marxismo concibe a la sociedad como un cuerpo de organización integrado y a su vez dividido en clases sociales, con distintos intereses. Siendo la lucha de clases el motor de grandes transformaciones sociales (Silva, 2008).

La teoría del intercambio social, propuesta por Homans (1961), Thibaut y Kelley (1959) y Blau (1964), tiene como objeto de estudio a los fenómenos grupales de consenso a las normas, cohesión, estatus grupal, poder, entre otros. Los dos supuestos que parten de este marco teórico son: 1) El hedonismo, consiste en que la formación, consolidación y permanencia de cualquier tipo de relación interpersonal tiene su origen en el propio interés; 2) El individualismo, explica que todo fenómeno social parte de los individuos como

elemento fundamental de análisis. Ambos supuestos hacen que toda interacción se conciba como un intercambio de recompensas (Morales, 1978).

La fenomenología desarrollada por Edmundo Husserl a finales del siglo XIX y principios del XX, describe los conceptos de la de la situación de identidad, que es natural y cultural en un mismo momento, hace referencia a que el ser humano debe observarse, conocerse al mismo tiempo como sujeto y objeto de estudio a la vez, como aquello a lo que aspira y tiende a convertirse; respecto a la identidad, tanto personal como social, el cuerpo resulta ineludible. Se afirma que el mundo, en el que todo yo está incluido como ser humano mundano, estaba constituido intersubjetivamente (Bolio, 2012; López, 2007).

Max Black en 1946 fue una de las primeras personas en utilizar el término pensamiento crítico, que se refiere a los procesos, estrategias y representaciones mentales que las personas utilizan para resolver problemas, tomar decisiones y aprender nuevos conceptos. Pretende examinar la estructura de los razonamientos referidos a cuestiones de la vida diaria, uno de sus objetivos es superar el aspecto mecánico del estudio de la lógica. Es la facultad de pensar sobre lo que se está pensando, con el fin de mejorarlo, volverlo más claro, más exacto o acertado. Este pensamiento es esencial para la innovación, la mejora, la creatividad y el compromiso con el otro y con la sociedad (Bezanilla, et al., 2018; Mackay, et al., 2018; Naessens, 2015).

La teoría de los sistemas, desarrollada por Niklas Luhmann (1927-1998), describe a la sociedad moderna como un sistema. La cual no se constituye no sólo por individuos sino por su comunicación, tal es reproducida por el sistema social como los sistemas vivos reproducen la vida y los sistemas psíquicos reproducen la conciencia. Este sistema está dividido en subsistemas funcionales cerrados: el político, económico, religioso, artístico y

jurídico, en los que el individuo carece de medios para intervenir sobre ellos (Urteaga, 2009).

El presente texto se centrará en la teoría ecológica propuesta por Bronfenbrenner en 1979, en la que se concibe a la familia como un microsistema que se relaciona constantemente con los sistemas sociales y culturales de las que forma parte, y donde el funcionamiento familiar se conceptualiza con el supuesto de la teoría de sistemas, la cual afirma la existencia de procesos de autorregulación regidos por el intercambio de información entre los integrantes del sistema familiar, así como el de éste con los sistemas sociales y culturales (Arranz, 2004).

### ***1.2.2 La familia desde el modelo ecológico de Bronfenbrenner***

Bronfenbrenner concibe el desarrollo humano como la interacción que se desenvuelve entre la persona y el ambiente, lo define también como un cambio perdurable en el modo en que una persona percibe su ambiente y se relaciona con él, siendo afectada no sólo por su entorno más inmediato sino también por las conexiones entre otras personas que se encuentran presentes en dicho entorno, la naturaleza de estos vínculos y a la influencia indirecta que tienen aquellas personas que se relacionan directamente entre sí pero indirectamente con la persona en desarrollo, a todo lo anterior se le conoce como el ambiente ecológico del desarrollo (Bronfenbrenner, 1979).

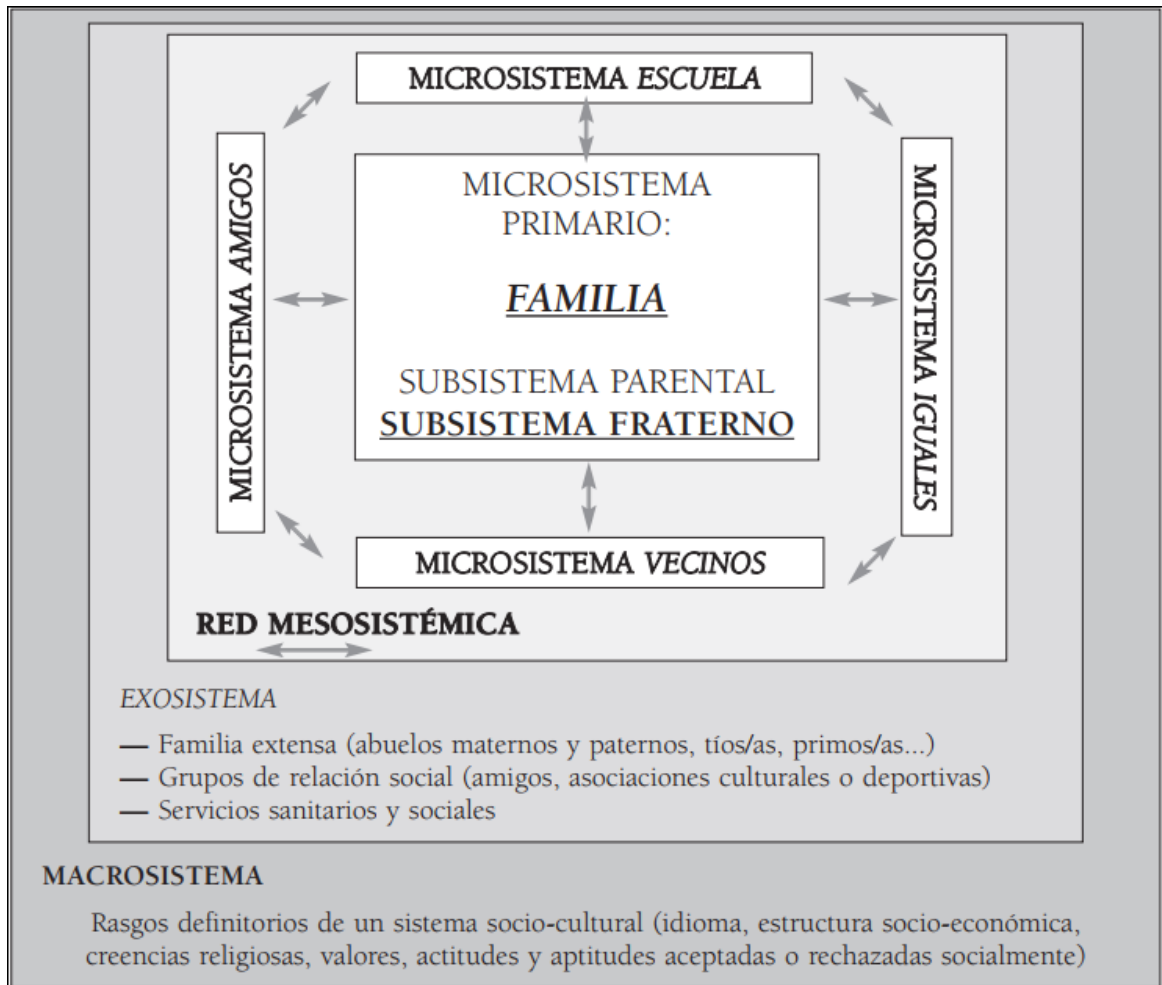
El ambiente al que hacer referencia es en términos de cómo la persona en desarrollo lo percibe según su medio social y su experiencia, más que como pueda existir en la realidad objetiva. Estos ambientes los analiza a manera de sistemas en el que comparten la misma

importancia tanto las díadas, las triadas, las tétradas como las estructuras interpersonales más grandes (Bronfenbrenner, 1979).

Su objetivo fue desarrollar un modelo teórico con el que fuera posible la observación y detección de una amplia variedad de factores que influyen en el desarrollo. Como lo son: el entorno inmediato en el que se desenvuelve la persona, como la casa, la escuela, los pares, conocido como el nivel más interno caracterizado por un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta, al que define como **MICROSISTEMA**; un segundo nivel hace referencia a la interacción entre estos entornos inmediato, es decir la interacción entre microsistemas, como la coordinación de esfuerzos entre progenitores y maestros para la educación del niño, llamado **MESOSISTEMA**; un tercer nivel se caracteriza por hechos que ocurren en entornos en los que la persona en desarrollo ni siquiera está presente los cuales afectan a los entornos en los que la persona sí está incluida, como puede ser las condiciones de empleo de los progenitores, al cual llama **EXOSISTEMA**; por último, un cuarto nivel corresponde a los marcos culturales o ideológicos, llamado **MACROSISTEMA**, que pueden afectar a los sistemas de menor orden (micro, meso y exo) y que les dota de cierta uniformidad en forma y contenido diferenciándoles de otros entornos influidos por otras culturas (Bronfenbrenner, 1979). En la siguiente figura se muestra un diagrama que representa el modelo ecológico.

**Figura 1**

*Modelo Ecológico de Bronfenbrenner, 1979*



Partiendo de esta teoría, se entiende entonces que la familia se considera un microsistema primario conformado de subsistemas, un subsistema sería por ejemplo el de la pareja (madre-padre) y otro sería el de los hijos. Al ser un microsistema incluye todas las interacciones directas que los integrantes realizan en su vida cotidiana con otros microsistemas como lo es la escuela o los vecinos, a dicha interacción se le conoce como mesosistema. El exosistema estaría compuesto por una familia extensa donde se encuentran abuelos, tíos, primos; grupos de relación social como amigos, asociaciones culturales y



deportivas; así como lo servicios sanitarios y sociales. Todos estos sistemas se encuentran inmersos en un macrosistema, es decir, los rasgos que definen a un sistema (idioma, creencias religiosas, estructura socio-económica, valores, actitudes y aptitudes aceptadas o rechazadas socialmente) lo cual puede influir significativamente en la interacción familiar (Arranz, 2004).

### **1.3 Funciones de la familia**

La familia cumple un papel fundamental en el desarrollo integral de sus miembros, ya que dentro de ella se cumplen funciones de protección, afecto y socialización. En su evolución, ésta experimenta situaciones complicadas que alteran su estabilidad según los recursos afectivos, sociales, intelectuales, espirituales y materiales con lo que cuenta para enfrentarlas y la capacidad que tengan para generar transformaciones necesarias para la conservación de su estabilidad. En el ser humano, junto con su constitución orgánica y las posibles influencias del medio sobre ella, existe un patrón de carácter cognoscitivo-interpretativo que implica que no existe pasividad ante el entorno con ello se elimina toda posibilidad de una respuesta basada únicamente en los estímulos del ambiente cercano. El sujeto se siente y auto percibe de cierto modo específico el mundo que le rodea como si se tratara de un espejo (Pérez, 2004).

La familia es uno de los factores que más contribuye a la salud de las personas adolescentes, puede ser un factor altamente protector cuando se tiene un apego positivo y significativo, por lo menos, con un adulto. Las relaciones de familia sirven de guía para los y las adolescentes, contribuyen al desarrollo de la resiliencia o factores protectores para

enfrentar prácticas culturales y sociales que puedan perjudicar su desarrollo y salud (Stella, 2012).

La familia se constituye de diferentes características como su composición, su desarrollo y su dinámica, entre otras. Por esta última se entiende la manera en que cada miembro debe funcionar basado en el rol que desempeña cada uno de los integrantes (Ochoa, 2009). Según Salvador Minuchin la familia dota a sus miembros sentimientos de identidad e independencia por medio de los procesos de socialización de manera que cada miembro se siente influido por un sentido de pertenencia a una familia específica y logra su separación e individualización a través de la interacción con diferentes subsistemas y sistemas (Ramírez, 1995).

Cuando se analizan los procesos de salud y enfermedad dentro del ambiente familiar, las dimensiones que se evalúan con mayor frecuencia son: cohesión, cercanía, comunicación, poder, coaliciones, expresión de afecto, empatía, independencia, diferenciación, manejo de conflicto, control de conducta, resolución de problemas, estilos de afrontamiento, apoyo social y niveles de estrés familiar (Patterson, 1990 como se cita en Rivera y Andrade, 2010).

Olson et al. (1985) crearon el modelo circumplejo a partir de la literatura sobre la terapia familiar y de pareja, éste está dividido en tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación. La cohesión familiar se define como vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí, estrechamente relacionada con la cercanía emocional, los límites, las coaliciones, el tiempo, el espacio, los amigos, la toma de decisiones, los intereses y la recreación. Es el cómo los sistemas equilibran su separación y su unión: hay cuatro niveles de esta dimensión que van desde *desconectado* (muy baja), *separado* (baja a

moderada), *conectada* (moderada a alta) y *entrelazada* (muy alta). Se plantea la hipótesis de que los niveles centrales o equilibrados: separada y conectada contribuyen al funcionamiento familiar óptimo, mientras que los niveles extremos o desequilibrados: desconectada y enredada son vistos como problemáticos para las relaciones a largo plazo.

La adaptabilidad hace referencia a la habilidad del sistema familiar para cambiar el liderazgo, las relaciones de roles y las reglas de relación de la familia ante las nuevas situaciones. Está estrechamente relacionada con los conceptos de liderazgo y estilos de negociación. Es el cómo los sistemas equilibran la estabilidad con el cambio; los cuatro niveles de adaptabilidad van desde *rígida* (muy baja), *estructurada* (baja moderada), *flexible* (alta moderada), hasta *caótica* (muy alta). Al igual que en la cohesión, la hipótesis de esta dimensión es que los niveles centrales o equilibrados: estructurada y flexible son más propicios para un buen funcionamiento familiar, siendo los extremos: rígida y caótica los más problemáticos para las familias (Olson et al., 1985).

La tercera dimensión de este modelo es la comunicación, considerada una dimensión facilitadora, fundamental para facilitar el movimiento en las otras dos dimensiones. Esta dimensión se mide por las habilidades de la familia, como grupo, para escuchar (empatía y escucha atenta), hablar (por uno mismo y no por los demás), autorrevelación (compartir sentimientos sobre uno mismo y la relación con los otros), respeto y consideración (aspectos afectivos de la comunicación y las habilidades de resolución de problemas). Los sistemas equilibrados tienden a tener una buena comunicación, mientras que los sistemas desequilibrados tienden a tener una mala comunicación (Neciosup, 2020; Olson, 1999).

Gallego (2012) concluye en que la dinámica familiar se define como el conjunto de subjetividades, encuentros mediados por una serie de normas, reglas, límites, jerarquías y roles, entre otros, regulando así la convivencia que a su vez permite que el funcionamiento familiar se desarrolle con armonía.

A la dinámica familiar la caracterizan aspectos como: la comunicación, el afecto, autoridad, roles. Gallego (2012) caracteriza al primero como el intercambio de pensamientos, emociones y sentires exteriorizadas a través de la acción y/o lenguaje verbal o no verbal; y respecto al segundo expresa que los niños desean ser amados, reconocidos y visibilizados por lo que actúan de acuerdo a los deseos de los adultos con el fin de no perder su cariño.

Quintero (2019) considera que la comunicación es el elemento principal de cohesión entre la familia como sistema y la familia como grupo siendo un proceso de integración social a través del cual se conocen e intercambian experiencias, ideas, sentimientos, creencias, etc. Lo que a su vez se utiliza para modificar la conducta y la voluntad de las personas.

La comunicación es un tipo de construcción social que se da en la familia, dependiendo de las formas de comunicación que se lleven a cabo se darán las interacciones entre los integrantes. Se sugiere que la comunicación familiar es clave para entender los conflictos de los adolescentes (Demarchi, et al., 2015).

Agudelo (2005) describe cuatro tipos de comunicación: la *directa* basada en la manifestación clara de acuerdos y desacuerdos, así como la coherencia entre lo verbal y lo no verbal generando unión entre los implicados; la *bloqueada* caracterizada por el escaso diálogo y pocos momentos de intercambio, no comprometen afectivamente a los miembros

de la familia; la *dañada* basada en reproches, sátiras, insultos, críticas destructivas y silencios prolongados; la *desplazada* en la que se cuenta con la ayuda de una tercera persona, lo que puede ser contraproducente si se hace de manera permanente propiciando distancia afectiva.

#### **1.4 Desarrollo del adolescente dentro de la familia**

Se sabe que las relaciones entre progenitores y adolescentes llegan a ser más conflictivas durante esta etapa de la vida. Las relaciones familiares comienzan a experimentar una serie de cambios importantes con un aumento de conflictos y discusiones que en muchos casos romperán con la armonía. Un conflicto que tiende a disminuir cuando los jóvenes crecen y la dinámica familiar se normaliza, considerando que cuando un miembro de la familia entra a la adolescencia, la dinámica familiar cambia (Parra & Oliva, 2002; Arranz, 2004).

Para entender mejor la dinámica de las relaciones que se establecen en el interior de la familia es importante analizar en primer lugar los cambios o procesos biológicos, emocionales y cognitivos tanto del niño que llega a la adolescencia como el de sus progenitores. Debido a la maduración física y sexual que afecta la forma en que los adolescentes se ven a sí mismos y la biológica como lo es el aumento de hormonas la cual repercute de manera importante sobre las áreas emocional y conductual, los adolescentes adquieren una forma diferente de apreciar y valorar las normas que hasta entonces habían regulado el funcionamiento familiar (Arranz, 2004).

El ser humano suele experimentar mayor estrés durante las diferentes transiciones evolutivas, por lo que muestra cierta inercia y resistencia, lo que a su vez aumenta la probabilidad de que surjan conflictos o dificultades. El cambio que se le atribuye a los progenitores cuando los hijos se encuentran en la adolescencia tiene que ver en parte con la edad que los primeros presentan en ese momento, en el que empiezan a experimentar cierto declive contrario al que presentan los hijos respecto a su propio cuerpo, su salud y su atractivo físico. Por otro lado el que el hijo deje de ser niño o niña especialmente cuando es el único o el último puede tener un valor simbólico importante al suponer el final de una etapa que representó felicidad dentro de su rol parental el cual comienzan a echar de menos (Arranz, 2004).

De acuerdo con Santiago y Torres (2019), la armonía y la dinámica familiar pueden verse afectados por conductas de riesgo que van desde el uso y abuso del alcohol, tabaco y drogas hasta las promiscuidad arriesgada, hábitos alimenticios dañinos, conductas violentas y suicidas, entre otras. 3 mil adolescentes mueren a diario debido a la violencia interpersonal, la depresión, las autolesiones y desórdenes de ansiedad, ocupando las autolesiones el quinto lugar entre las causas de enfermedad y el suicidio el tercero entre las causas de muerte. En un estudio realizado por dichos autores, cuyo objetivo fue determinar la relación de los elementos comunicación y cohesión familiar de la dinámica familiar con las conductas de riesgo del adolescente y sus padres, se encontró que la cohesión del padre no se asocia con la conducta de riesgo del adolescente pues las conductas de riesgo se presentan independientemente del tipo de cohesión. En cuanto a la comunicación, tampoco hubo asociación con la conducta de riesgo.

Salas (2018) menciona que las conductas de riesgo involucran distintos procesos que se pueden analizar como elementos de tres componentes que rigen el desarrollo adolescente: los procesos evolutivos propios de la etapa, el predominio de valores culturales que promueven actitudes que llevan a asumir riesgos y el tipo de influencia que recibe el adolescente de su contexto social. De las diversas conductas de riesgo, específicamente las suicidas que se pueden presentar entre adolescentes, la presente investigación se centrará en las autolesiones y los factores asociados ya que no sólo resulta afectada la salud y el desarrollo del adolescente sino también la salud de la comunidad y su bienestar general.

## CAPÍTULO 2.

### Conducta Suicida y Factores asociados

---

#### 2.1 Conducta suicida

El suicidio como conducta ha sido estudiada sobre todo en los menores, y aunque el suicidio adolescente recibe mayor atención de los medios de comunicación y los investigadores, las tasas de suicidio para adultos emergentes (principios de los veinte años) son mayores, por lo que se ha constatado que del 12 al 25% de los niños mayores y adolescentes experimentan algún tipo de idea suicida en algún momento. Este hallazgo presenta la importancia de comprender el riesgo de suicidio durante la transición de la adolescencia a la edad adulta (Boeninger & Conger, 2012; Robles, et al., 2013).

Definir la conducta suicida es un esfuerzo constante, sobre todo cuando se sabe que como problema es tan sólo ‘la punta de un iceberg’ debajo del cual se encuentran numerosos factores que lo sostienen y que, a su vez, inciden en la magnitud del problema” (González, et al., 2002, p. 74).

La Organización Panamericana de la Salud (2018) menciona una amplia variedad de términos diferentes que se han empleado a lo largo de los años para indicar diversos tipos de comportamiento autoagresivo intencional con grados variables de intención suicida y una diversidad de motivos subyacentes, algunos de ellos son: parasuicidio, tentativa de suicidio, comportamiento autoagresivo, comportamiento autodestructivo, comportamiento autolesivo, comportamiento suicida, comportamiento suicida no mortal, violencia autoinfligida, violencia autoinfligida no suicida, violencia autoinfligida suicida, autolesión



deliberada, autoagresión, autolesión, autolesión intencional, autolesión no suicida, autolesión suicida.

Se recurren a diferentes términos para referirse a todo tipo de conductas suicidas así como al proceso de las mismas. Por ejemplo la ideación suicida amplia hace referencia tanto a los pensamientos de suicidarse como al deseo de estar muerto o de irse a dormir y no despertar nunca, se caracteriza por la elaboración de planes de “cómo, dónde y con qué” cometerá el acto, así como pensamientos sobre el impacto que sus actos causarán en otros, también conocido como plan de suicidio. Por otro lado el intento de suicidio se refiere a hacerse daño a propósito con al menos alguna intención de morir y es una forma de comunicación no verbal de extrema complejidad. Es un mensaje que conlleva algo esencial que no se puede decir de otro modo, se puede ver como un grito de ayuda para reparar lazos de un vínculo roto (AEPNyA, 2010; Andolfi & D’Elia, 2007 como se citó en Andolfi & Mascellani, 2010; Benjet et al., 2019).

En otros casos el acto suicida es todo el proceso evolutivo que va desde la ideación suicida hasta la consumación, mientras que el intento suicida hace referencia al fallo del acto suicida o cuando se escoge un medio no letal, siendo los gestos suicidas vistos como amenazas o actos suicidas fingidos con el fin de manipular ambientes intolerables. Estas amenazas de cometer un acto suicida pueden ir acompañadas de acciones de iniciación o aproximación a conductas suicidas, como saltar de una ventana, correr hacia los coches o provocarse lesiones con objetos punzantes o cortantes, incluyendo el provocarse lesiones superficiales en brazos o cuello. Se encuentran también las conductas autodestructivas que no tienen la finalidad consciente de terminar con la vida, como adicciones, descuido de

enfermedades, deportes de alto riesgo, entre otros (Camacho, 1999; AEPNyA, 2010; Platas, et al., 2018).

La ideación, los planes y los intentos suicidas predicen la consumación del suicidio y en sí mismos significan un sufrimiento intenso. Algunos tipos de conducta suicida que generalmente se dan entre los adolescentes son: las amenazas de autolesión, gestos autolesivos (golpes, cortes, arañazos, quemaduras, entre otras), comportamientos de riesgo reiterados (Boeninger & Conger, 2012; Robles, Acinas & Pérez, 2013). Una autolesión no suicida se refiere a hacerse daño deliberadamente sin la intención de morir (Benjet et al., 2019).

El suicidio se define como la muerte causada por un comportamiento perjudicial autodirigido con la intención de morir como resultado de sus acciones, por otro lado un intento de suicidio se refiere a un comportamiento no fatal, autodirigido y potencialmente perjudicial con la intención de morir como resultado de su comportamiento sin morir debido a sus acciones, un intento de suicidio podría no provocar lesiones. La ideación suicida se refiere a pensar, considerar o planificar el suicidio (National Institute of Mental Health, n.d., sección *El Suicidio en los Estados Unidos: preguntas frecuentes*).

El suicidio se refiere al acto o conducta cometido por una persona, la cual destruye su propia existencia, mientras que el intento suicida hace referencia al acto o conducta que atenta contra la propia existencia de la persona quien la realiza. En ambos casos se le puede ver como un problema epidemiológico que no está siendo debidamente previsto y atendido, fenómeno que ha tenido una dinámica creciente en México sobre todo en jóvenes en edades activas, de 15 a 35 años (Hernández & Flores, 2011).

### ***2.1.1 Suicidio: datos epidemiológicos***

Según la OMS (2019) al año cerca de 800,000 personas se quitan la vida, siendo el suicidio la tercera causa de muerte para jóvenes de edades comprendidas entre 15 y 19 años con un 79% de todos los suicidios producido en países de ingresos bajos y medianos. Por cada uno de estos suicidios hay muchas más tentativas de suicidio, un intento de suicidio no consumado es el factor de riesgo más importante. Alrededor de un 20% de todos los suicidios se cometen por autointoxicación con plaguicidas teniendo lugar la mayoría en zonas rurales agrícolas (OMS, 2019).

En Europa durante el 2018, el suicidio y las lesiones autoinfligidas se mantuvieron como la primera causa de muerte externa, con 3.539 fallecimientos, un 3.8% menos que en 2017. Siendo, de este total, 2,619 hombres y 920 mujeres fallecidas. Se encuentra que por grupos de edad, los fallecidos por esta causa fue de 52 hombres y 18 mujeres con edades de entre 15 a 19 años; 68 hombres y 22 mujeres de 20 a 24 años; 176 hombres y 54 mujeres de 35 a 39 años; 236 hombres y 79 mujeres de 40 a 44 años de edad. (INE, 2019).

Más de 47,000 personas se quitaron la vida en Estados Unidos en 2017, es el suicidio en este país la décima causa de muerte, la segunda causa de muerte entre personas de entre 10 y 34 años y la cuarta causa de muerte entre las personas de entre 35 y 54 años. De acuerdo con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC: Centers for Disease Control and Prevention) los hombres tienen más probabilidad de morir por suicidio que las mujeres, ,manteniéndose casi cuatro veces mayor en hombres (22.4 por 100,000) que entre las mujeres (6.1 por 100,000), sin embargo son estas últimas más propensas a intentar quitarse la vida; los hombres son más predispuestos a usar métodos letales como las armas de fuego o la asfixia y las mujeres son más propensas a intentar el

suicidio por envenenamiento. Hubo más del doble de suicidios (47,173) que homicidios (19,510) en Estados Unidos. Entre las mujeres las tasas más altas de suicidio se encuentran en el grupo de edad de 45-54 (10.0 por 100,000), en el caso de los hombres el grupo de edad que encabeza las tasas de suicidio es el de 65+ (31.0 por 100,000) sólo por una diferencia mínima del grupo de edad de 45-54 (30.0 por 100,000). La prevalencia de pensamientos suicidas graves entre los adultos fue más alta en el grupo de 18 a 25 años con un porcentaje 10.5 (NIMH, n.d., sección *El Suicidio en los Estados Unidos: preguntas frecuentes*; sección *Suicide* y sección *Suicide Prevention*).

En México, con base en las Estadísticas de Mortalidad proporcionadas por el INEGI (2019), se sabe que en 2017 la tasa de suicidio fue de 5.2 por cada 100 mil habitantes, siendo la población de 20 a 24 años la que ocupa la tasa más alta con 9.3 por cada 100 mil jóvenes destacando el riesgo en los hombres del mismo grupo con una tasa de 15.1 por cada 100 mil. En el mismo año, el suicidio ocupó el lugar número 22 de las principales causas de muerte, siendo la primera causa entre la población de 10 a 14 años y la segunda entre la población de 15 a 19 años.

### ***2.1.2 Conductas autodestructivas***

Las conductas autodestructivas son aquellas acciones consciente o inconscientes que una persona se genera a sí misma o deja de hacerse, las cuales llevan a perjudicar algún área de su vida, estancando su propio desarrollo integral. Provocan entonces malestar emocional, moral, espiritual, físico y social en la persona y en quienes están a su alrededor (Alpízar, 2017).

Muchos comportamientos de riesgo para la salud, como el uso de sustancias o prácticas sexuales de riesgo comienzan durante la adolescencia. Dichos comportamientos tienen efectos muy negativos sobre el bienestar mental y físico del adolescente (OMS, 2019).

Las conductas autodestructivas se pueden clasificar según su afectación y nivel de manifestación, están las ideas negativas o mensajes autodestructivos que quiebran la seguridad personal y autoestima; o bien, aquellas reacciones que causan autolesiones físicas que pueden ser observadas en el momento como cortes en los brazos, sin embargo hay otras pocas que sola la persona que las realiza sabe y no quiere que otros sepan (Alpízar, 2017).

### ***2.1.3 Autolesiones***

“Se estima que 62,000 adolescentes murieron en 2016 como consecuencia de las autolesiones” (OMS, 2019).

Las autolesiones se entienden por la alteración en el mecanismo relacional que opera en el límite de contacto entre organismo y entorno, denominado ‘retroflexión’, lo que desvía los recursos de energía de manera destructiva en contra del propio individuo, crean un desequilibrio en los procesos de adaptabilidad, fundamentales para la existencia del ser humano. Los adolescentes son los más propensos a elegir las autolesiones como forma de afrontar o evitar la expresión de sentimientos y resolver conflictos que les son difíciles afectando los niveles en las relaciones interpersonales y emocionales (Henao, 2017).

Algunos autores (Fleta, 2017; Belletich, et al., 2019) coinciden en que las conductas autolesivas o autolesiones son todas aquellas conductas que implican la provocación

deliberada de lesiones en el propio cuerpo sin intención suicida (NSSI: Non-suicidal Self-Injury) como pueden ser quemaduras; autolesión estereotipada, la cual implica golpes en la cabeza o morderse, que puede asociarse a retraso en el desarrollo; arrancarse el pelo (tricotilomanía), comportamiento dañino limitado a zonas del cabello de la cabeza, las cejas o las pestañas; punciones; dermatilomanía o trastorno de la excoriación, que consiste en excoriarse la piel en zonas en donde se considera que hay una mancha o lesión antiestética, habitualmente en la cara o en el cuero cabelludo, trastorno casi exclusivo de las mujeres; arañazos; pellizcos; envenenamiento y cortes en la piel (conocidos también como Self-cutting por su nombre en inglés), entre otros comportamientos anómalos. Existe una amplia variedad de comportamientos clínicos y a nivel psíquico se considera que estas conductas son un método inconsciente de expresión y alivio al sufrimiento psicológico, por lo que pueden considerarse como un síntoma predictor de un acto suicida (Fleta, 2017; Belletich, et al., 2019).

En México como en otros países no distinguen entre los intentos de suicidio de las autolesiones con y sin intento de suicidio (Albores, Méndez, García, Delgadillo, Chávez y Martínez, 2014). El término “intento de suicidio” es el más apropiado para cualquier comportamiento o acción deliberadamente autolesivo que se acompaña de cierto grado intención o deseo de muerte, la intención puede inferirse por la letalidad del comportamiento (Shain, 2016). Sin embargo, se debe tomar en cuenta que las autolesiones son una conducta parasuicida, no una conducta suicida en sí, el suicidio intenta acabar con el sufrimiento acabando así con la vida misma, mientras que la autolesión provoca dolor y distracción (Omicrono, 2013).

Se entiende el sufrimiento como la posibilidad que le permite al individuo responsabilizarse de su dolor a partir de algún acontecimiento infortunado y a través del cual puede crear nuevas maneras de afrontar cualquier adversidad en pro de vivir, es decir que el sufrimiento que se experimenta con sentido, es decir que le orienta a conocer y reflexionar sobre las posibilidades que tengan mayor sentido, le permite al individuo aferrarse a lo que es beneficioso (Henaó, 2017).

Para distinguir entre el comportamiento suicida y las autolesiones no suicidas se debe empezar por saber que los intentos de suicidio implican una intención consciente de morir; así mientras que el acto suicida busca la muerte, el objetivo principal de las autolesiones no suicidas es aliviar las emociones insoportables, buscando modificar y no abolir el estado de consciencia, es una manera de adaptación o afrontamiento a estados de tensión emocional que el adolescente no se permite expresar con palabras dirigiendo el afecto al cuerpo como recurso para seguir avanzando en la búsqueda del equilibrio personal y social a través de darse a sí mismo (Grandclerc, et al., 2016; Henaó, 2017).

Las razones que dan los adolescentes para justificar su comportamiento autolesivo se pueden clasificar como intrapersonales: para buscar alivio de los efectos negativos o como interpersonales: para comunicar su malestar, pedir ayuda o escapar de una situación difícil. Antes de autolesionarse, la muerte es pensada, simbolizada: puede parecer fascinante, atractiva o no, pero con este acto se detienen los pensamientos, por lo que no habría deseo ni ausencia de deseo de morir durante éste (Grandclerc, et al., 2016).

Se describen seis grupos de motivantes para que una persona se autolesione (Omicrono, 2013):

1. Para llamar la atención: al ser llamativas, las autolesiones hacen que quienes rodean a la persona autolesionada sientan la necesidad de prestarle más atención por miedo a que lo haga de nuevo.
2. Para castigarse: tener una baja autoestima, sentimientos de culpabilidad, de no ser merecedor de algo, de ser responsable de algo negativo pueden llevar a la persona a pesar que merecen un castigo.
3. Para evadir un malestar emocional: el malestar físico (el dolor) sirve como distracción ante cualquier otra sensación, detiene los pensamientos, interrumpe los sentimientos, es una forma de controlar las emociones.
4. Como conducta parasuicida: muchos suicidas previamente llevan a cabo tentativas como cortes en las muñecas antes del corte más profundo. Lo realizan a modo de preparación para el acto suicida final.
5. Para asumir control sobre situaciones que sobrepasan a la persona: pueden influir sentimientos o necesidad de control, aún cuando no es posible controlar a otras personas ni lo que le rodea, de esta manera sí se puede controlar el propio cuerpo.
6. Por sentimientos de vacío crónico: cuando alguien lleva mal mucho tiempo puede llegar a no sentir nada (ni bueno ni malo), esos sentimientos pueden llegar a ser muy frustrantes y llevar a la persona a desear sentir algo, por malo que esto sea.

Las autolesiones no suicidas pueden verse simultáneamente como un síntoma de varios trastornos psiquiátricos, un síndrome individualizado o parte de un espectro del comportamiento autolesivo que incluye el suicidio. Se ha encontrado que jóvenes que



presentan autolesiones no suicidas así como comportamiento suicida tienen mayor riesgo de síntomas psiquiátricos o vulnerabilidad psicológica que quienes sólo presentan un solo tipo de comportamiento (ya sea autolesiones no suicidas o comportamiento suicida). Los primeros son diagnosticados con más frecuencia con episodios depresivos mayores o estrés postraumático, con mayor frecuencia presentan síntomas de auto denigración e impulsividad, asimismo informan más ideas suicidas y menos razones para vivir, destacando la disfunción familiar como factor de riesgo en este grupo de personas. Los adolescentes de este grupo tienen menor cantidad de disfunciones psicosociales (Grandclerc, et al., 2016).

#### ***2.1.4 Evidencia sobre la conducta suicida***

México es un país de niños y jóvenes. En 1995, 39% de la población tenía menos de 14 años de edad y 29.6% se encontraba entre los 15 y 29 años. Por lo anterior se sabe que la población mexicana de 0 a 29 años representaba dos terceras partes de la población total del país. La problemática suicida en adolescentes representa un problema de salud pública en varios países del mundo, por supuesto México es uno de ellos (González, *et al.*, 2002).

Se estima que el 50% de las autolesiones están asociadas a un trastorno mental. Generalmente con personas de personalidad retraída, tímidas, sensibles y en su mayoría, depresivas. Estas personas al presentar incapacidad para expresar sus emociones, realizan “cutting”, una práctica silenciosa como forma de desahogo a sus frustraciones. El cutting consiste en emplear objetos cortantes o punzantes con la finalidad de infligirse dolor y/o autolesión, lo más frecuente es que la lesión se realice con un cuchillo, aguja, cuchilla u

otro objeto afilado. Las zonas que más suelen realizarse son las poco visibles como muñecas, la cara dorsal de los antebrazos y parte anterior de los muslos, estos cortes son superficiales y suelen ser paralelos, separados 1 o 2 cm, las cuales logran cubrir con prendas de vestir holgadas, vendaje o maquillaje. Las autolesiones son más frecuentes de lo que se piensa, se presentan en un 4% de la población general, especialmente durante la adolescencia con un porcentaje de 14-15 (Omicrono, 2013; Fleta, 2017; Belletich, et al., 2019).

En un estudio mexicano cuyo objetivo fue describir las características demográficas, clínicas y de funcionamiento familiar en adolescentes con autolesiones y psicopatología atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” se encontró que el método más empleado fue el corte siendo los principales motivos la baja tolerancia a la frustración, el llamar la atención de otros, los síntomas afectivos y ansiosos. Entre estos adolescentes estudiados los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos afectivos, trastornos de conducta y el abuso de sustancias (Ulloa, et al., 2013).

Borges et al. (2019) hacen referencia a tres factores: ideación, plan e intento. En su estudio encontraron que entre quienes intentaron suicidarse, el método más común utilizado fue el apuñalamiento con 38% de prevalencia, seguido por 17% por sobredosis con drogas controladas o de venta libre, un 15% por ahorcamiento, para el uso de armas de fuego, sobredosis de drogas ilícitas, envenenamiento, ahogamiento, saltos desde lugares altos o lesiones de tránsito tienen una prevalencia menor al 10%.

Otro estudio realizado en la ciudad de México con estudiantes de escuelas secundarias y preparatorias con edades de 12 a 17 años en el que se investigó la frecuencia de autolesiones, ideación suicida y combinación de ambas, se encontró que 27.9% de los

adolescentes reportaron autolesionarse y 7.4% dijo tener ideación suicida, ambas más frecuentes en mujeres; 22% de los adolescentes con autolesiones reportaron ideación suicida, grupo en el cual se presentó mayor frecuencia de psicopatología y estresores ambientales (Mayer, et al., 2016).

Franco, Mendieta, Juárez & Castrejón (2020) en su estudio cuyo objetivo era conocer la prevalencia de la ideación suicida y determinar la asociación entre ésta y el apoyo social percibido en adolescentes, encontraron que a mayor apoyo social menor ideación suicida en adolescentes. La ideación suicida puede evaluarse preguntando directamente o a través de un autoinforme. Las escalas autoadministradas pueden ser útiles para la detección porque los adolescente pueden revelar información sobre tendencia suicidas que niegan en persona (Shain, 2016).

## **2.2 Factores asociados a la conducta suicida**

La adolescencia no es sólo un periodo de construcción y transición, sino también la etapa en la que se desarrolla la consciencia de la muerte (Grandclerc, De Labrouhe, Spodenkiewicz, Lachal & Moro, 2016). El suicidio adolescente es un fenómeno biopsicosocial complejo en el que, para su comprensión, se toman en consideración los factores de riesgo y los factores de protección, así como los determinantes de la salud y la enfermedad. El modelo de salud mental que toma en cuenta dichos factores, supone que el riesgo suicida adolescente parte de los procesos individuales (procesos cognoscitivos, factores bioquímicos, psicológicos y psicopatológicos), en interacción con macro procesos teniendo como mediadores a los ambientes familiar, social, cultural y económico (Lucio & Hernández, 2016).

Forster y Wu en 2002 propusieron dos tipos de factores de riesgo: los fijos y los modificables. Los primeros son aquellos en lo que no existe posibilidad de cambio, como son: el intento de suicidio previo, antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio, la ideación suicida del momento, los factores genéticos, de género, edad, etnia, situación económica y orientación sexual, historia de abuso físico o sexual; por otro lado, los factores de riesgo modificables incluyen la ansiedad, la desesperanza, el acceso a medios para cometer suicidio, la interrupción de un tratamiento, la presencia de trastorno psiquiátrico grave, el aislamiento social y las enfermedades médicas (AEPNyA, 2010; Shain, 2016).

Las características de la persona no son las únicas que determinan el riesgo suicida, sino también cuáles recursos internos utiliza y cómo enfrenta las situaciones problemáticas que suceden en la vida, por lo que es importante examinar la exposición a sucesos estresantes que viven las personas con riesgo suicida caracterizadas por ser poco funcionales o adaptativas (Lucio & Hernández, 2016).

El suicidio no discrimina, las personas de todos los géneros, edades y etnias pueden estar en riesgo, aunque no existe una causa única, muchos factores contribuyen a que alguien cometa un intento de suicidio y las personas con mayor riesgo comparten características específicas como: depresión, trastornos mentales, trastornos por abuso de sustancias, condiciones médicas, dolor crónico, intento de suicidio previo, antecedentes familiares de suicidio, violencia familiar (incluido abuso físico o sexual), tener pistolas u otras armas de fuego en el hogar, estar expuesto al comportamiento suicida de otros como miembros de la familia, compañeros o celebridades (NIMH, n.d., sección *Suicide Prevention*)

Si bien el vínculo entre suicidio y trastornos mentales (particularmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol) tienen una estrecha relación, muchos de los suicidios ocurren de manera impulsiva en momentos de crisis. Otros de los factores incluyen la experiencia de pérdida, soledad, discriminación, ruptura de una relación, problemas financieros, dolores y enfermedades crónicas, violencia, abuso y conflicto. Sin embargo el factor de riesgo más fuerte para el suicidio es un intento de suicidio previo (OMS, 2019).

En un estudio de Borges et al. (2019) El cual pretendía dar información actualizada sobre la prevalencia de los factores sociodemográficos asociados para la ideación y el comportamiento suicida (plan e intentos) en los últimos 12 meses en una muestra de 56,877 personas de entre 12 y 65 años, se encontró un 2,3% de prevalencia en ideación suicida, un 0,8% en plan suicida y 0,7% en intento de suicidio. En cuanto a la diferencia por sexo, las tres prevalencias entre hombres eran aproximadamente la mitad del tamaño de las prevalencias entre mujeres. Mientras que entre los hombres no existió una diferencia significativa por grupos de edad, entre las mujeres hubo una disminución de la prevalencia de ideación, plan e intentos en mujeres mayores en comparación con mujeres más jóvenes.

Las estrategias de prevención para el suicidio en adolescentes, integradas dentro de la estrategia nacional en Estados Unidos basadas en las intervenciones que han dado resultados efectivos, parten de la identificación temprana de señales de riesgo y la evaluación de factores individuales y contextuales (Lucio & Hernández, 2016).

En el estudio realizado en Argentina con 36 adolescentes que presentaban autoagresiones, se encontró que la regulación emocional fue la motivación más frecuente. Pues el estado emocional previo al acto de autolesión era intenso y negativo: tristeza, enojo,

soledad y desesperanza; superando las capacidades de afrontamiento. El corte fungía como vía de escape y proveía sensaciones transitorias de bienestar, el dolor físico les permitía olvidarse del sufrimiento emocional o psíquico. También se relataron síntomas depresivos, angustia, baja autoestima, disconformidad con su cuerpo y dificultades para resolver problemas interpersonales (Agüero, et al., 2018).

## **2.2.1 Personales**

### **2.2.1.1 Impulsividad**

En adolescentes con autoagresiones reiteradas coexisten episodios de impulsividad y conductas planeadas o anticipatorias: aprovisionamiento, acumulación de objetos cortantes que mantienen ocultos para episodios autolesivos futuros; camuflaje, estrategias para ocultar las heridas que incluyen el tipo de vestimenta, la modificación del contacto físico familiar y hábitos corporales; cuidado de heridas, regularmente higienizadas y curadas con antisépticos y/o cicatrizantes; evaluación del riesgo al autolesionarse, evitar lesionar estructuras vitales como las venas del antebrazo por creencias transmitidas entre adolescentes, saber cuán cerca o lejos de las venas indica el riesgo de morir al que se han expuesto (Agüero, et al., 2018).

En un estudio realizado por Gómez, Núñez, Agudelo y Grisales (2020) realizado con 179 adolescentes entre 14 a 17 años, el cual pretendía explicar los factores psicológicos asociados al comportamiento suicida en una muestra de escolares, encontró que el 22.3% presentaba una tendencia a actuar y razonar de manera impulsiva, identificando que la

ideación suicida y el riesgo suicida era mayor en adolescentes con dicha característica que en quienes no presentaban impulsividad.

### **2.2.1.2 Rasgos de la personalidad**

La personalidad es el conjunto organizado y generalmente estable de rasgos psicológicos y mecanismos de un individuo que influyen en cierto grado en sus interacciones y adaptaciones al medio. La personalidad de adolescentes en riesgo suicida se puede distinguir entre: las características o rasgos de la personalidad asociados al riesgo suicida y al malestar emocional en personas que mantienen niveles de funcionalidad; y los trastornos de la personalidad que coexisten con el abuso de sustancias o trastornos del estado del ánimo o ansiedad (Lucio & Hernández, 2016).

Se pueden identificar algunos aspectos fundamentales que intervienen en la formación de la personalidad de las personas adolescentes: ajuste de su nueva imagen, adaptación a sus nuevas habilidades intelectuales, ajuste al aumento de demandas cognoscitivas en la escuela, desarrollo de mayores habilidades verbales, desarrollo de un sentido personal de identidad, establecimiento de metas profesionales adultas, establecimiento de la independencia emocional y psicológica de sus progenitores, desarrollo de relaciones con pares, adquisición de un sistema de valor personal, control de impulsos e inicio de la madurez del comportamiento, desarrollo cognitivo (Stella, 2012).

Uno de los aspectos de análisis de la personalidad disfuncional en adolescentes es la etapa del desarrollo ya que de acuerdo a la psicología del desarrollo la personalidad no estaría totalmente estructurada en esta etapa sobre todo en los más jóvenes, por lo que se

sugiere que más que considerar una diversidad de perfiles de personalidad, se tomen en cuenta diferentes subtipos de adolescentes que atentan contra su vida (Lucio & Hernández, 2016).

Para los y las adolescentes que presentan comportamientos autolesivos, cortarse significaba crear un fuerte lazo de identificación y empatía que los diferenciaba entre “nosotras/os...las/os que nos cortamos” y “ellas/os...las/os normales”. Entre adolescentes con esta conducta se identificó una sensibilidad especial, podían comprenderse, entender sus razones, el dolor y las cicatrices; para ellas/os existían motivos reales para hacerlo como problemas familiares, amor, desahogo, búsqueda de ayuda y motivos reprochables como la moda, el que otros lo hicieran y llamar la atención (Agüero, et al., 2018)

### **2.2.1.3 Poca o nula regulación emocional**

Los adolescentes pueden experimentar reacciones excesivas de irritabilidad, frustración o enojo, aquellos más jóvenes también pueden desarrollar síntomas físicos relacionados con su situación emocional, como dolor de estómago, dolor de cabeza o náuseas (OMS, 2019).

En el estudio realizado por Belletich, et al. (2019) cuya finalidad era implementar un programa de intervención para estudiantes que practican cutting, a partir del conocimiento de esta práctica recurrente en la población adolescente, llevado a cabo en estudiantes de 1ro a 5to año del nivel secundario de la Institución Educativa Pública de Lima, los alumnos reportaron que es un comportamiento intencional con el que se intenta



cambiar el estado de ánimo. Estas conductas las realizan las personas como mecanismo de autorregulación para adaptarse mejor al entorno (Belletich, et al., 2019).

#### **2.2.1.4 Trastornos mentales**

Los trastornos que incluyen síntomas de psicosis emergen más comúnmente a finales de la adolescencia o principios de la edad adulta. Los síntomas de la psicosis pueden incluir alucinaciones o delirios, lo que puede afectar gravemente la capacidad del adolescente para participar en la vida diaria (OMS, 2019).

Hay muchos trastornos en los que aparecen las autolesiones (y otras conductas suicidas), como lo es el trastorno de personalidad, dentro del cual se encuentra el Trastorno Límite de Personalidad, siendo el diagnosticado con más frecuencia y el único en el que se consideran las autolesiones como uno de los criterios de diagnóstico; otro importante dentro de este grupo es el Trastorno de Personalidad Histriónica, en el que pueden aparecer lesiones autoinflingidas muy probablemente asociadas a una llamada de atención; Retrasos Mentales Severos; Depresión o Trastorno Bipolar; Trastornos del sueño, Trastorno por estrés postraumático; Trastornos de la Conducta Alimentaria; Trastornos por Consumo de Sustancias; ataques de pánico, antecedentes de agresión y uso patológico de internet (AEPNyA, 2010; Omicrono, 2013; Shain, 2016).

Se considera que los trastornos internalizados son la comorbilidad psiquiátrica más común asociada con las autolesiones no suicidas relacionado también a la impulsividad motora, definida como la tendencia a actuar sin detenerse a pensar, aunque también se le ha relacionado con la impulsividad basada en el estado de ánimo, específicamente relacionada

con el inicio de la autolesión, mientras que las facetas cognitivas de la impulsividad (relacionadas con las dificultades para mantener el enfoque o actuar sin previsión) se asocian con el mantenimiento de la autolesión. La impulsividad conductual es más relevante para autolesionarse en condiciones de afecto negativo presente en jóvenes de 11 a 25 años (Gatta, et al., 2016; Lockood, et al., 2017)

Cuando un adolescente presenta trastorno del desarrollo y de personalidad tiene un nivel de ejecución personal alto y perfeccionista, se sienten humillados frente al fracaso y presentan disminución en el rendimiento escolar, lo que lleva a identificar como factores precipitantes de conductas suicidas la pérdida de prestigio entre los compañeros, las rupturas amorosas, problemas escolares, duelo, separación y rechazo. Los individuos con Trastorno de la Personalidad Límite presentan comportamientos alterados agresivos y hostiles; en el Trastorno del Comportamiento Suicida el objetivo es un deseo de morir (AEPNyA, 2010; Fleta, 2017).

La depresión es una de las patologías mentales más comunes, es un proceso continuo que se manifiesta desde las formas más leves hasta las más graves, es un trastorno biopsicosocial cuyos signos y síntomas afectan a la bioquímica, a las emociones, a la capacidad cognoscitiva y a las interacciones personales. Los principales factores de riesgo de los episodios depresivos son: tener un pariente sanguíneo de primer grado con un trastorno depresivo; haber experimentado un factor estresante grave; vivir en la pobreza o en una posición social de impotencia y sufrir una enfermedad física grave (Jenkins, 2005; Stella, 2012).

Dentro del campo de la salud mental es importante tomar en consideración el curso de la sintomatología depresiva y la depresión misma durante la adolescencia, ya que influye

sobre el estado del ánimo y las situaciones que se viven como poco placenteras o molestas; de la misma manera que se debe considerar el riesgo de suicidio o de intento de suicidio en la población más afectada por la depresión, pues son las mujeres quienes tienen el doble de riesgo que los varones de presentar cuadros de depresión grave. Algunos adolescentes pueden presentar irritabilidad en lugar de depresión como manifestación principal, también se pueden presentar en ellos síntomas somáticos como dolor abdominal, dolor en el pecho, dolor de cabeza, letargo, pérdida de peso, mareos, síncope, problemas de conducta como absentismo escolar, deterioro en el rendimiento académico, huir de casa, desafío a las autoridades, comportamiento autodestructivo, vandalismo (González et al., 2011; Shain, 2016).

La alexitimia parece ser otro aspecto relevante en el inicio del comportamiento de las autolesiones no suicidas, en lo que se refiere a las dificultades para identificar y comunicar emociones (Gatta, et al., 2016).

En el mismo estudio de Gómez, Núñez, Agudelo y Grisales (2020), se identificó que el 2.8% presentaban sintomatología depresiva grave y 17.3% síntomas moderados, sin embargo la ideación suicida total fue mayor en los adolescentes que presentaron dichos indicadores sintomáticos en comparación con quienes no presentaron síntomas depresivos, encontrando así una correlación estadísticamente significativa entre riesgo suicida con depresión.

## **2.2.2 Contextuales**

### **2.2.2.1 Consumo de sustancias**

Alrededor del mundo, la prevalencia de episodios de ingesta masiva de bebidas alcohólicas entre los adolescentes de 15 a 19 años fue del 13,6% en 2016, siendo el riesgo más elevado entre los hombres (OMS, 2019).

La baja autoestima, la sensación de temor, el sentimiento de tristeza, el aburrimiento y el conflicto o el rechazo social junto con el deseo de sentirse diferente aunado a la presión por parte de los pares, son factores que vuelven propensos a las generaciones de jóvenes hacia el consumo de sustancias nocivas (Jenkins, 2005).

El abuso del alcohol es una de las formas de expresión de las vulnerabilidades neuropsiquiátricas y psicosociales generalizadas, esta sustancia debilita el autocontrol, disuelve el juicio, distorsiona la percepción y deteriora el funcionamiento físico. Un estudio de *Global Burden of Disease* establece que la dependencia y el abuso del alcohol son la segunda causa de discapacidad de origen psiquiátrico después de la depresión grave. El consumo de alcohol trae consigo el riesgo de situaciones como: conducta sexual de riesgo, accidentes de tránsito y atropellos, ahogamientos, agresiones y homicidios y suicidios (Jenkins, 2005).

Los narcóticos y las drogas ilícitas son capaces de cambiar el estado emocional, eliminar temores, modificar pensamientos, cambiar la autopercepción y las interacciones sociales o para aliviar el dolor, sin embargo, estos cambios no son siempre placenteros o anestésicos sobre todo cuando el consumo se vuelve repetido o en dosis altas, cuando esto

último sucede las emociones se hacen más dolorosas, el pensamiento más fragmentado y los síntomas de abstinencia más graves (Jenkins, 2005).

En un estudio de realizado en Turquía; cuyo objetivo fue examinar la prevalencia de autolesiones no suicidas y antecedentes de intentos suicidas y su relación con el uso de sustancias, así como las características familiares entre los jóvenes que buscan tratamiento para el uso de sustancias; se mostró que el aumento en el número de sustancias consumidas conduce a un aumento de 1.241 veces en el riesgo de intentos de suicidio. Este riesgo fue 7.647 veces mayor entre las mujeres, 2.996 veces mayor para quienes usan cannabis y 1.565 veces mayor para quienes usan cocaína. En cuanto a los factores de riesgo que influyen en la autolesión no suicida se encontró que el aumento en el número de sustancias conduce a un aumento de 1.298 veces en el riesgo de intentos de autolesión pero lo reduce en 0.858 veces el aumento de la edad del primer uso. Este riesgo fue 2.616 veces mayor en mujeres, 1.491 veces mayor para quienes consumen cannabis, 0.618 veces menor para quienes usan heroína (Guvendeger, et al., 2017).

### **2.2.2.2 Relación y violencia entre pares**

La mitad de los adolescentes del mundo son víctimas de la violencia entre compañeros en las escuelas. Para ellos la escuela ha dejado de ser un espacio seguro para aprender. Si bien la escuela puede ser un lugar en el que los niños y niñas forman amistades y grupos de compañeros, pasos fundamentales hacia la socialización en la edad adulta, para muchos jóvenes de todo el mundo es peligrosa, cerca de 150 millones de estudiantes, más de 1 de cada 3, de entre 13 y 15 años han sufrido violencia entre pares en las escuelas y en sus inmediaciones, ya sea acoso o la participación en peleas físicas. El acoso y las peleas

físicas son solo dos de los muchos tipos de violencia a los que se enfrentan niños y adolescentes en las escuelas (Zehbrauskaz & Chambers, 2018).

Algunos testimonios recabados por la UNICEF muestran cómo algunos y algunas de las adolescentes son víctimas de abuso por sus pares dentro de los centros escolares y cómo esto les lleva a tomar medidas desfavorables (Zehbrauskaz & Chambers, 2018):

- En Honduras, Geraldine de 16 años ha sufrido acoso repetidamente en la escuela. “Me pegaban fuerte en la cara. Nadie decía ‘lo siento’. Me deprimí y comencé a hacerme cortes”.
- En el municipio de Choloma, Jairo de 13 años sufre acoso. “Me pegan en la espalda. Me ponen la pierna para que tropiece y me caiga [...] Lo único que hago es tragarme el dolor. Siento un agujero en el corazón”.
- En Villanueva, Darwin de 16 años no ha podido superar que su compañero Henry se suicidó en 2016 tras ser víctima de acoso.

También se encuentran víctimas de otras formas de acoso, como ataques sexuales y violencia por razón de género, motivo que les lleva a perder el interés en cosas que antes les agradaban (Zehbrauskaz & Chambers, 2018).

La directora ejecutiva de UNICEF, Henrietta Fore asegura que los estudiantes se enfrentan cada día a múltiples peligros, como peleas, la presión de unirse a las bandas, acoso (en persona y en línea), disciplina violenta, agresiones sexuales y violencia armada, lo cual a corto plazo perjudica el aprendizaje y a largo plazo trae consigo depresión y ansiedad e incluso llevar al suicidio (UNICEF, 2018).

Las opiniones generales de los adolescentes sobre sus pares, experiencias específicas con sus compañeros y opiniones de sí mismos en relación con otros adolescentes están relacionados con el inicio de autolesiones no suicidas. Esto visibilizado en el estudio, realizado del área metropolitana de Pittsburgh con adolescentes mujeres de entre 14 y 17 años de edad, donde se obtuvo que los indicadores de dificultades interpersonales entre pares como la victimización entre pares, percepciones negativas de los compañeros, autoestima social y auto-competencia social fueron predictivos del inicio de dicha conducta autolesiva del año posterior (Victor, et al., 2019).

### **2.2.2.3 Factores familiares**

La vida familiar puede favorecer el desarrollo de niños y adolescentes si se viven procesos positivos como la cohesión, la aceptación, el cuidado mutuo, entre otros. Pero también puede ser desfavorable si existen vínculos basados en el rechazo, el descuido y el abandono (Agudelo, 2008). Los sistemas de apoyo social, especialmente las relaciones con los progenitores y amistades contribuyen a desarrollar una adecuada autoestima en los adolescentes, misma que les dota de las habilidades para tomar decisiones que les llevan a una vida más sana; caso contrario se encuentra con la baja autoestima que está relacionada con problemas de salud como la depresión, anorexia, delincuencia, toma de riesgos en su vida sexual y suicidio (Stella, 2012).

El desarrollo cognitivo apropiado durante la adolescencia y la edad adulta facilita el uso de estrategias de afrontamiento cognitivo más sofisticadas como la toma de perspectiva, el humor y la reevaluación positiva, así como el afrontamiento proactivo y anticipatorio, es decir, estrategias de afrontamiento de posibles futuros problemas y trabajar en minimizar

los efectos, se plantea la importancia que tiene el que la familia descifre el lenguaje, la mayoría de las veces complejo y críptico, de un adolescente, aún en aquellos intentos de suicidio de tipo demostrativo en el que pareciera que son señales dramáticas de reclamo de atención (Andolfi & Mascellani, 2010; Boeninger & Conger, 2012).

Ha habido cierta tendencia al análisis multicausal y evolutivo del intento suicida considerando factores personales, interpersonales y biológicos en relación con factores circunstanciales y psicosociales que desencadenan la conducta. Dentro de los factores psicosociales se encuentra la familia que actúa como agente modulador al hacer frente al medio propiciando menor o mayor vulnerabilidad a partir del funcionamiento familiar. Dentro de los factores de riesgo familiares que incitan a la conducta suicida se encuentran: la desorganización familiar (consenso de normas), falta de comunicación (o la percepción de ello), hostilidad entre los miembros, riñas familiares constantes, familia destruida (abandono físico o emocional de alguno de los padres o de ambos), sentimientos de rechazo familiar unido a cogniciones disfuncionales familiares (Guibert y Torres, 2001); conflictos madre-hija, separaciones familiares, historias de conductas autolesivas, experiencias de violencia doméstica o física, estrés socioeconómico (Gulbas, et al., 2019).

La frecuencia de suicidios, conductas agresivas y conductas autodestructivas es mayor en niños y adolescentes con familias estresantes, así como para aquellos que están solos, sin familia o con poco apoyo social o familiar, quienes tienen una pobre comunicación con sus progenitores, quienes viven en familias desintegradas, existencia de historia familiar de comportamiento suicida, personas cuyos progenitores se han separado, tener padres que experimentan problemas legales, familia con un estado económico pobre (AEPNyA, 2010; Guvendeger, et al., 2017).



Belletich, et al. (2019) establecen como causa principal del cutting a la violencia intrafamiliar, por ser el seno familiar quien se encarga de la contención emocional que al no estar presente este soporte, todo el sistema familiar y personal se ven afectados, la sana convivencia se va perdiendo dando paso a un ambiente desagradable en el que existen gritos, ofensas, peleas. Por otro lado la falta de comunicación provoca situaciones violentas que van acabando con las relaciones interpersonales y con ello una inadecuada formación y desarrollo de los hijos quienes son susceptibles a repetir el patrón.

Los efectos parentales se extienden a todos los niveles del sistema familiar, juegan un papel en la configuración de lo fisiológico (sistemas de respuesta al estrés), lo conductual (control de impulsos), lo cognitivo-afectivo (rasgos de ansiedad) y lo conativo-existencial, valores convencionales, participación religiosa), características de las cuales emerge la autorregulación (Boeninger & Conger, 2012).

Factores sociales como las experiencias traumáticas infantiles, ya sea hogares rotos, falta de figuras parentales, etc. Tienen un papel importante en la conducta suicida (Robles, Acinas & Pérez, 2013). Por otro lado, se ha encontrado que niveles bajos de cohesión familiar se asocian con un mayor riesgo de ideación suicida, en otros que la cohesión familiar es un factor protector contra la ideación suicida (Muñoz, et al., 2006, p. 240).

Mostrar afecto y apoyo al mismo tiempo que se establece una buena comunicación durante la adolescencia es tan importante como lo fue en la infancia, ya que en esta etapa los y las adolescentes se enfrentan a distintas tareas evolutivas que les pueden generar mucho estrés, por lo que necesitan el apoyo que sus padres les puedan proporcionar (Guerrero, 2011). Los adolescentes que no tienen apoyo emocional por parte de su familia, pudiera presentar ciertos trastornos o ser abusados en su contexto social al no contar con

herramientas suficientes en cuanto a defensa y protección (Ramírez, 2013 en Barcelata, 2013). “Si la familia es capaz de permitir y contener las emociones, el individuo se verá más tranquilo y capacitado para tener un mejor desempeño social” (Quintero, 2019. P. 4).

La comunicación permite a la familia expresar sus sentimientos, ideas y emociones vividas al interior y fuera del hogar. Con base en las formas de comunicación, se verán efectos en la vida de los miembros de la familia sea de manera positiva o negativa. La relación con el mundo ayuda a determinar las estrategias de afrontamiento elegidas por las personas, las cuales influyen en el impacto del factor estresante (Boeninger & Conger, 2012; Demarchi et al., 2015).

En un estudio de Parra & Oliva (2012) que pretendía conocer los patrones de comunicación y conflicto familiar entre adolescentes y sus progenitores, habitantes de Sevilla, se encontraron diferencias por sexo, obteniendo que tanto mujeres como varones se comunican más con la madre que con el padre y que con el paso del tiempo los niveles de comunicación con la hija incrementan mientras que con el hijo no experimenta mayor cambio.

Se muestra la interacción inadecuada de la familia no sólo como factor causante de estas conductas sino durante y posterior a éstas, el ejemplo se encuentra en adolescentes de Buenos Aires con autoagresiones denunciaron la falta de adultos de confianza a quienes contar sus problemas. Mencionaron que los adultos estaban envueltos en sus propios problemas y no les prestaban atención suficiente, destacaron también la ausencia de preocupación genuina, de demostraciones de afecto y calificaron como inadecuada la reacción familiar al enterarse de su situación (Agüero, et al., 2018)

Una limitación que Santiago y Torres (2019) encontraron en sus resultados fue el sesgo de la percepción que puede haber por ser un instrumento auto administrado, así como haberse aplicado a una población menos citadina, dando paso a investigar a padres y adolescentes más expuestos a la vida de la ciudad; la vida en la ciudad parece simple debido a su aspecto rutinario, las persona que viven en la ciudad tienen una vida organizada prácticamente hasta el más mínimo detalle, parece que el tiempo libre se disfruta de una manera masificada, es decir, la ciudad ofrece a todos y cada uno de sus habitantes una idéntica gama de ofertas, bajo esta vida rutinaria se encuentran un conjunto de fenómenos externos al individuo los cuales forman en éste procesos y estados internos (Pérez, 2004).

Las escalas tienden a ser demasiado sensibles y poco específicas al carecer de valor predictivo; el adolescente debe ser entrevistado por separado del padre o madre ya que es probable que el paciente retenga información importante en presencia de estos, sin embargo, también se debe buscar información de los progenitores y otras personas (Shain, 2016).

### **2.3 Autolesiones y factores familiares**

Algunos factores asociados a las conductas autolesivas que Belletich, et al. (2019) destacan en su estudio en una Institución Educativa de Lima son la falta de comunicación de los padres con sus hijos, falta de tiempo de calidad, violencia a través del maltrato físico y psicológico. Asociados con una conducta inesperada como la autolesión como un mecanismo compensador. Del mismo modo Agüero, et al. (2018) mostraron que las situaciones mayormente relacionadas con las autoagresiones son los conflictos con la esfera familiar. Los adolescentes involucrados mantienen con sus padres un vínculo sumamente

conflictivo, reportan que los adultos tienden a minimizar los problemas de los adolescentes comparándolos con sus propios problemas. Palmer, et al. (2016) consideraron la percepción del entorno familiar que presentan los jóvenes como factor, ya que en su estudio con adolescentes hospitalizados del Reino Unido que se involucran en conductas autolesivas reportaron malas percepciones del funcionamiento familiar en comparación con una muestra comunitaria de adolescentes sanos, dicha percepción desencadenan angustia emocional y conductual. Mismos autores que recomendaron la realización de estudios en lo que se haga una comparación de la interacción entre varios factores de riesgo potenciales de autolesiones en adolescentes que permitan comprender mejor los mecanismos por los cuales el funcionamiento familiar puede influir en dicho comportamiento.

Martin et al., (2016) aclara que los eventos adversos de la vida familiar pueden exponer al individuo a un mayor grado de estrés a lo largo de su vida lo que puede desencadenar el comportamiento autolesivo no suicida. En su investigación llevada a cabo en una universidad canadiense, que tuvo por objetivo examinar el potencial de influencias del maltrato infantil percibido, los eventos adversos de la vida familiar y el trauma percibido en el comportamiento de autolesiones no suicidas, en estudiantes de licenciatura, arrojó que las participantes autolesionadas informaron los factores de riesgo familiares en mayor medida que quienes no se autolesionaron. Los eventos adversos de la vida familiar como el divorcio de los padres, los desafíos socioeconómicos y la violencia entre padres se mantuvieron vinculados con la autolesión no suicida. Por otro lado, las percepciones del maltrato materno se asociaron inicialmente con la conducta autolesiva no suicida, mientras que la percepción del maltrato paterno no fue un factor contribuyente (Martin et al., 2016).

En el estudio de Benjet et al. (2019), cuyo objetivo fue estimar las psicopatologías y autolesiones en 4 189 universitarios de nuevo ingreso de 6 universidades de México, se encontró que casi uno de cada tres estudiantes de nuevo ingreso ha experimentado algún tipo de problema emocional, relacionado con sustancias o de comportamiento antes de ingresar a la universidad. Muchos han sufrido autolesiones, mientras que el 23% ha tenido ideación suicida, el 3.5% ha intentado suicidarse. Dentro de las características familiares se encontró que los estudiantes de padres no casados o fallecidos tenían mayores probabilidades de pensamientos suicidas y conductas de autolesión.

El estudio cualitativo que indagó los sentidos de las autolesiones en tres adolescentes de entre 13 a 14 años de edad en Colombia que practicaban dicha conducta presenta que las experiencias frustrantes que han vivido y viven las adolescentes dentro del núcleo familiar hacen que la conducta autolesiva se mantenga como medio de dar un sentido a la vida y que la desconfianza que las adolescentes frente a la figura materna y al entorno familiar se debe a la falta de estimulación de las potencialidades innatas que poseen las mismas lo cual provoca que permanezcan en un estado de indiferenciación que genera desconfianza hacia el entorno y a nuevas oportunidades de desarrollo emocional. Es el sentimiento de ira la emoción más repetitiva y la que acciona la conducta autolesiva en las adolescentes estudiadas (Henao, 2017).

En otro estudio que pretendía evaluar la prevalencia general de la ideación suicida, intentos de suicidio y autolesiones no suicidas, así como los factores relacionados con la familia que se asocian con las tendencias suicidas y las autolesiones en niños preadolescentes, hubo asociación del bajo control parental con la ideación suicida, las autolesiones no suicidas y los intentos de suicidio, sin embargo no se comprobó una

asociación entre el conflicto familiar con los intentos de suicidio, la ideación y las autolesiones. Los autores señalan que pese a las asociaciones encontradas entre los factores familiares con mayores informes de ideación suicida, intentos de suicidio y autolesiones no suicidas, no se pueden inferir mecanismos causales (DeVille et al., 2020).

Victor, et al. (2019) encontraron que el castigo duro y la mala calidad del apego de los padres tuvieron una relación positiva con el inicio de las autolesiones no suicidas; el bajo control parental de los comportamientos de los jóvenes se asoció con mayores probabilidades de aparición de las autolesiones durante el año siguiente: por otro lado la crianza positiva predijo una menor probabilidad de aparición posterior de autolesiones.

En un estudio centrado tanto en las relaciones entre progenitores e hijos como en el entorno más amplio, es decir el funcionamiento general de la familia, cuyo objetivo de estudio fue esclarecer qué factores parentales y familiares están asociados con las autolesiones no suicidas se encontró una prevalencia de autolesiones no suicidas de 4.82% de una muestra total de 1,439 niños de 12 años. Quienes llevaron a cabo dicha conducta informaron que perciben mayor control conductual y psicológico por parte de sus progenitores que aquellos sin autolesiones, sin embargo en los resultados que arrojaron informes aplicados a padres de preadolescentes, con y sin autolesiones no suicidas, no se encontraron diferencias significativas con respecto a la percepción que tienen del apoyo, el control conductual y psicológico que ejercen sobre sus hijos, de igual manera ambos grupos informaron cantidades similares de apoyo percibido y comunicación en la familia (Baetens et al., 2014).

También se encontró en el estudio longitudinal de Oppenheimer, et al. (2018) que los antecedentes de ideación suicida en padres de adolescentes promueven una calidad de

relación negativa entre estos dos, lo cual puede ser predictor del tiempo de aparición de la ideación suicida durante la transición hacia la adolescencia y durante la misma; es decir, una mayor calidad de relación negativa entre padres e hijos predijo la aparición temprana entre aquellos jóvenes con padres sin antecedentes de ideación suicida, sin embargo la calidad de relación negativa entre padres e hijos no amplificó significativamente el riesgo entre los jóvenes con padres que sí presentaron antecedentes de ideación suicida. Dicho estudio tenía como objetivo avanzar en la comprensión del papel de los factores familiares en la predicción de la aparición de ideación suicida a lo largo del periodo de desarrollo adolescente, para ello se examinaron los factores familiares como antecedentes de conducta suicida de los padres y la calidad de relación entre padres e hijos, evaluado en intervalos de 6 meses durante 3 años.

## CAPITULO 3

### MÉTODO

---

#### 3.1 Planteamiento del problema

En México se ha avanzado mucho en la realización de encuestas epidemiológicas que permiten ver puntos centrales del estado actual que guardan las conductas suicidas. Borges et al. (2010) encontraron que la prevalencia de estas conductas va disminuyendo al pasar del grupo de 12-17 años a 18-29 y posteriormente al de 30-65. Por otro lado, dentro de las características de personalidad de los adolescentes suicidas se han detectado impulsividad, dificultad para manejar la agresión y aislamiento social (Cuesta, 2017).

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCONDAT, 2016) es una encuesta muy grande realizada en México que informa sobre los datos a nivel nacional (metropolitano, urbano y rural) y estatal sobre la ideación, plan e intentos de suicidio. Antes de esta encuesta existe un informe anterior que muestra que en 2001 y 2002 la prevalencia de ideación, plan e intentos de suicidios entre los encuestados de entornos urbanos de entre 18 y 65 años era del 2,4% para la ideación de suicidio, 0,9% para el plan y 0,5% para el intento (Borges et al., 2019).

Diversas investigaciones se han centrado al estudio del suicidio en adolescentes desde la ideación hasta la consumación describiendo los factores relacionados a éste pero con poco abordaje en autolesiones (Borges, 2019; Borges, et al., 2010; Hernández y Flores, 2011), mientras que aquellas investigaciones que las abordan lo hacen desde un enfoque clínico (Ulloa, et al., 2013; Gatta, et al., 2016; Benjet et al., 2019), asociados a psicopatologías, trastornos afectivos o emocionales, trastornos de conducta, trastorno de la



personalidad o impulsividad. Así como la falta de estudio sobre factores familiares relacionados con conductas suicidas en México (Robles, et al., 2013; Muñoz et al., 2006). Es por ello que la presente investigación aborda la conducta suicida en adolescentes, con especial énfasis en el riesgo suicida y en las autolesiones no suicidas en relación con los factores familiares de dicha población.

México es un país en el que año con año hay un incremento en su población, del 2015 al 2020 aumentó en al menos un 5% (INEGI, 2020), son las/os adolescentes y jóvenes de 10 a 19 años quienes representan el mayor porcentaje, con un 17.3% de la población total (INEGI, 2020). Esto nos lleva al siguiente punto, al ser en su mayoría adolescentes, la convivencia entre pares es inminente y durante esta etapa de vulnerabilidad y de búsqueda de identidad, los jóvenes experimentan presión social por parte de sus pares o de su sistema familiar que termina repercutiendo en sus relaciones sociales. La presión del grupo obliga a hacer cosas y a adoptar ciertas conductas y comportamientos que no son buenos o están equivocados, estas conductas van desde burlarse de un compañero, consumir alcohol, fumar hasta lastimarse a sí mismos. Son las autolesiones uno de los métodos más utilizados por su carácter discreto, el que puedan ser ocultadas a los adultos, y que pueden realizar no sólo como conducta suicida sino por imitación o presión social para cumplir ciertos estándares (Vega, 2018).

Es por ello que la presente investigación retoma las autolesiones en los y las adolescentes para dar una mirada a la relación que esta conducta de riesgo tiene con los factores familiares y conocer si el problema en nuestra población radica dentro o fuera de la familia.

Permitiendo asimismo dar paso a futuras investigaciones y estrategias encaminadas hacia la mejora en las relaciones familiares o hacia otros factores de riesgo como parte del quehacer psicológico desde un enfoque preventivo, considerando que son los adolescentes de hoy, las personas que pueden tener un mejor estilo de vida en la etapa adulta, mejorando a su vez el bienestar social.

**3.2 Pregunta de investigación:** ¿Cuáles factores familiares se relacionan con la conducta suicida en adolescentes de 13 a 18 años?

### **3.3 Objetivos**

**3.3.1 Objetivo General:** Analizar los factores familiares que se relacionan con las conductas suicida en adolescentes de 13 a 18 años.

#### **3.3.2 Objetivos Específicos:**

- Describir los factores familiares de los adolescentes.
- Describir las conductas suicidas en los adolescentes.
- Identificar adolescentes con conducta suicida.
- Comparar los factores familiares de los adolescentes con conducta suicida y los adolescentes sin conducta suicida.
- Identificar si hay relaciones significativas entre factores familiares y conductas suicidas.

### **3.4 Variables**

#### ***3.4.1 Factores familiares***

**Definición Conceptual:** Pautas de interacción caracterizadas por la naturaleza de las interacciones mismas con influencia de ambientes externos en los que la familia se desenvuelve. Estas relaciones implican movimiento y cambio que dotan a sus integrantes de capacidad para llevar a cabo modificaciones y ajustes a sus modos de interacción para así responder a sus necesidades y a la etapa del ciclo de la vida en el que se encuentran (García, et al., 2017).

**Definición Operacional:** Los resultados obtenidos de la Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES III) de Olson, Portner & Lavee (1985) validado en población mexicana por Ponce, et al. (2002) para la evaluación de la cohesión y la flexibilidad familiar.

#### ***3.4.2 Conducta suicida***

**Definición Conceptual:** Fenómeno instantáneo, violento y de manifestación sobresaliente por su peligrosidad, es un acto complejo cuyo estudio tiene su punto de partida en el acto mismo (Ochoa, 2009). Dentro de la conducta suicida se consideran las autolesiones, las cuales se definen como un daño corporal intencional, donde se afecta a sí mismo, de baja letalidad con naturaleza socialmente inaceptable realizado para reducir y/o comunicar angustia psicológica (Walsh, 2005).

**Definición Operacional:** Los resultados obtenidos del Inventario de Riesgo Suicida (IRIS) para adolescentes. Examina condiciones de riesgo para la ideación e intento suicida

(Hernández & Lucio, 2003; 2006); y del Inventory of Statements About Self-injury de Klonsky y Glenn (2009), validada en población mexicana por Castro et al. (2016) que evalúa las diferentes motivaciones que las personas dicen tener para realizar autolesiones no suicidas.

**3.5 Tipo de investigación:** Estudio transversal correlacional en una muestra no probabilística por conveniencia de adolescentes escolarizados (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

### **3.6 Método**

**3.6.1 Participantes:** Se trabajó con 237 adolescentes estudiantes de la Ciudad de México, el Estado de México y otros estados de la República, con edades comprendidas entre 13 a 18 años ( $M=15.97$ ;  $DE=1.62$ ).

**Criterios de inclusión:** adolescentes de 13 a 18 años escolarizados residentes de cualquier estado de la República Mexicana.

**Criterios de exclusión:** adolescentes de 12 años; adolescentes de 13 años que se encontraran cursado el sexto grado de primaria.

**Criterios de eliminación:** adolescentes que no hayan respondido completo el cuestionario.

### 3.6.2 Instrumentos:

- *Cédula Sociodemográfica del Adolescente y su Familia (Barcelata, 2014)*. Esta ficha está compuesta por 12 reactivos de opción múltiple que recolecta información sociodemográfica de los adolescentes, como su composición familiar, ingreso económico, estado civil y ocupación de los padres, entre otros.
- *Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES III) (Olson, Portner y Lavee, 1985)*. Consta de 20 ítems, dividido en dos sub escalas distribuidas de forma alterna: 10 reactivos que evalúan la cohesión y 10 que evalúan la adaptabilidad mediante una escala tipo Likert de cinco puntos (nunca, 1; casi nunca, 2; a veces, 3; varias veces, 4; siempre, 5), con un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de .70 y según sus dimensiones en la versión original: cohesión .77 y adaptabilidad .62; validado en población mexicana por Ponce, et al. (2002).
- *Inventario de Riesgo Suicida (IRIS) para Adolescentes de la primera versión de Hernández & Lucio (2003 como se citó en Hernández & Lucio, 2006)*. Se compone de dos secciones (A y B). La sección A consta de 40 reactivos en escala tipo Likert de cinco puntos (Todo este tiempo: 1; Casi siempre: 2; Algunas veces: 3; Rara vez: 4; No, nunca: 5) que evalúan: ideación suicida, insatisfacción en la vida, dificultades interpersonales, y dificultades en la escuela. La sección B consta de 35 reactivos dicotómicos que evalúan: signos de alerta, planeación e intención suicida, malestar personal psicológico y desesperanza. Con un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de .90 para la sección A y de .92 para la sección B.
- *Inventory of Statements About Self-injury de Klonsky y Glenn (2009)* traducida al español y validada en estudiantes universitarios mexicanos por Castro et al. (2016).

Conformado por dos apartados, uno llamado *comportamientos* que contiene 7 preguntas acerca de la presencia, tipo, frecuencia e intensidad de la autolesión; y el segundo llamado *funciones* que consta de 39 afirmaciones que se responden en una escala de tres puntos (0=no relevante, 1=algo relevante, 2=muy relevante). Para la presente investigación, se utilizó únicamente el segundo apartado. Luego de la validación del instrumento original, fueron eliminados 7 de los 39 reactivos originales por obtener una significación menor a 0.40 con la prueba de Bartlett de 0.000 y luego de un análisis factorial confirmatorio, el modelo resultante fue de 26 reactivos, distribuidos en 7 factores: 1) autorregulación; 2) venganza; 3) búsqueda de sensaciones/fortaleza; 4) evitando el suicidio; 5) manifestando angustia; 6) autodominio y 7) embotamiento. Estos siete factores son a su vez clasificados en dos grandes grupos: intrapersonales e interpersonales. Con un alfa de Cronbach de .70 para el instrumento completo, de .87 para los factores interpersonales y de .89 para los factores intrapersonales.

**3.6.3 Procedimiento:** Se realizó un cuadernillo con los 3 instrumentos de interés (FACES, IRIS, ISAS), incluyendo la ficha de datos generales y la Cédula Sociodemográfica Adolescentes Familia (Barcelata, 2014), el cual fue adaptado completo como cuestionario en línea utilizando la plataforma Google Forms. Para el Inventario de Riesgo Suicida, se juntaron las dos secciones del formato original, descartando los factores *Insatisfacción en la vida* y *Dificultades en la escuela* al no ser de interés para la investigación ya que miden de manera general aspectos sociales del adolescente, quedando un total de 38 reactivos, asimismo se modificó la redacción del reactivo 40 (número del instrumento original) de

‘He pensado en suicidarme’ por ‘He pensado en quitarme la vida’. Del tercer instrumento, ISAS, para fines de la investigación se utilizó únicamente la segunda parte que mide motivos de autolesión y se descartó el reactivo 10 ‘Cuando me autolesiono, estoy...Viendo si aguanto el dolor’ por tener el mismo contenido que una de las preguntas del IRIS ‘Me he lesionado intencionalmente (cortándome, pinchándome, quemándome, golpeándome) para ver hasta donde aguanto el dolor’. Este último instrumento fue respondido únicamente por adolescentes que se han auto lesionado, evaluado a través de la pregunta filtro ‘¿Alguna vez te has lesionado a ti misma(o) intencionalmente (es decir, a propósito)?’, con opción de respuesta dicotómica.

El cuestionario fue distribuido como invitación para participar en la investigación vía correo electrónico y vía WhatsApp; dicho cuestionario incluía un asentimiento informado en donde les fue aclarado que los datos proporcionados serían totalmente anónimos, confidenciales y únicamente para fines estadísticos; que además eran libres de dejar de responder en cualquier momento si así lo decidían. Luego de recabar datos a lo largo de dos semanas, se realizaron los análisis correspondientes por medio del paquete estadístico SPSS versión 21. Se recolectaron datos de 259 adolescentes de 12 a 18 años, de los cuáles fueron descartados aquellos de 12 años ya que representaban un porcentaje de apenas 7.7% en la muestra total, así como aquellos de 6° grado de primaria quienes conformaban un porcentaje 6.2%, quedando un total de 237. Para el análisis de diferencia de medias se generaron dos grupos de edad, uno de 13 a 15 años y el segundo de 16 a 18 años.

## CAPÍTULO 4

### Resultados

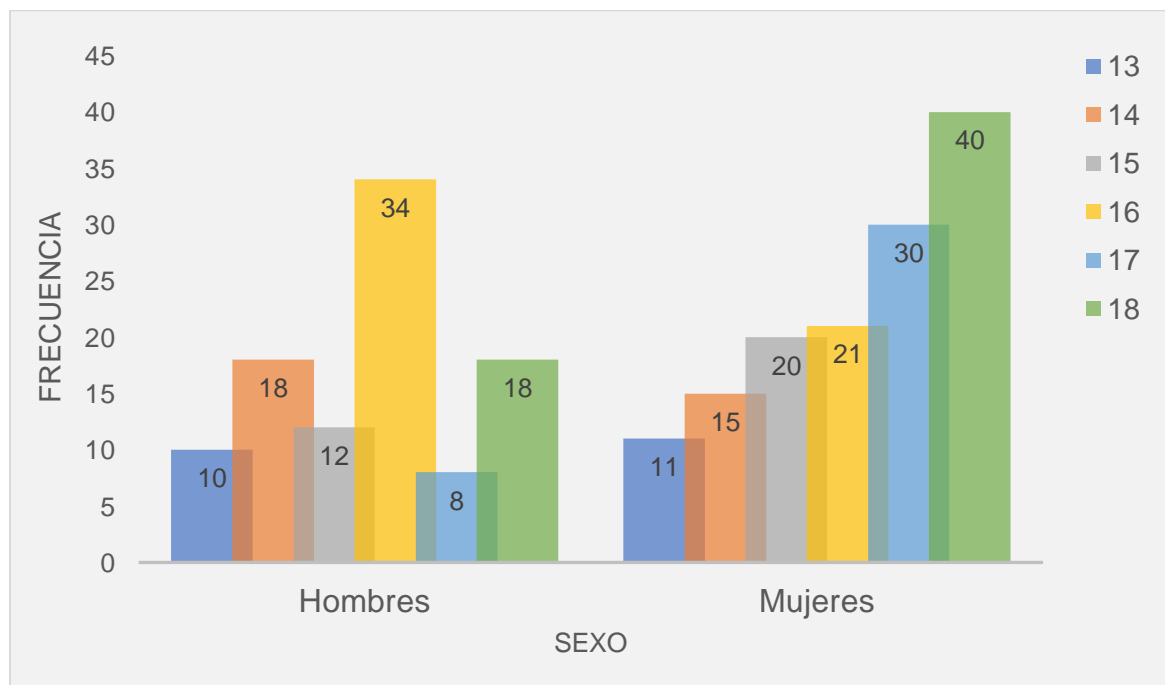
#### 4.1 Características demográficas de la muestra

##### 4.1.1 Integración de la muestra

En la Figura 2 se presenta la distribución total de estos datos de acuerdo con el sexo y la edad. En cuanto al sexo, se puede observar que la distribución no fue balanceada, ya que se obtuvo un 42.2% de hombres y un 57.8% de mujeres. Respecto a la edad, se obtuvo un mayor número de jóvenes de 18 años ( $M=15.97$ ;  $D.E= 1.62$ ).

**Figura 2**

*Distribución de la muestra por sexo y edad*

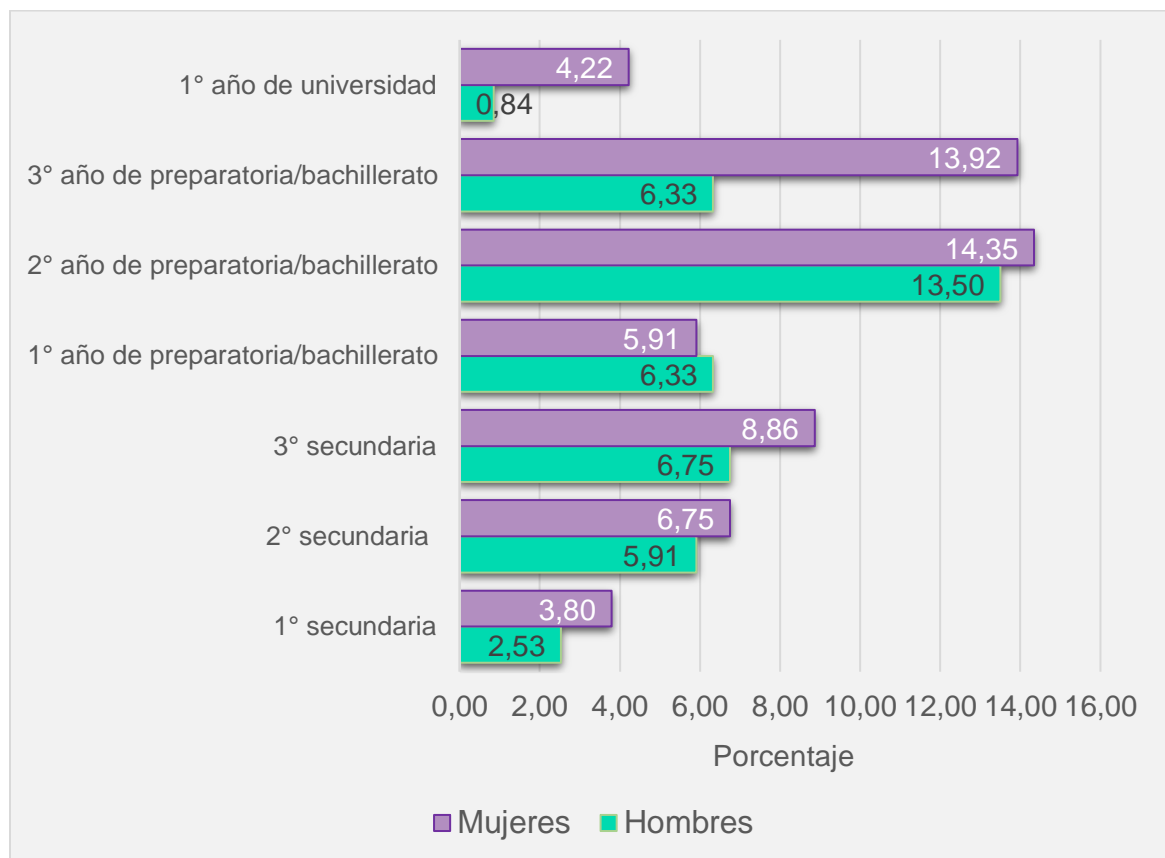




En cuanto al estado de residencia de los participantes, un 67.1% reportó ser de la Ciudad de México y un 14.3% del Estado de México, mientras que un 18.6% dijo ser de otro estado de la República Mexicana. Para el último grado de estudios que los adolescentes cursaron, se observa en la Figura 3 que una gran parte de la muestra se encuentra en 2° año de preparatoria o bachillerato (n=66), mientras que una minoría se encuentra en 1° año de universidad (n=12).

**Figura 3**

*Distribución de la muestra por grado escolar*

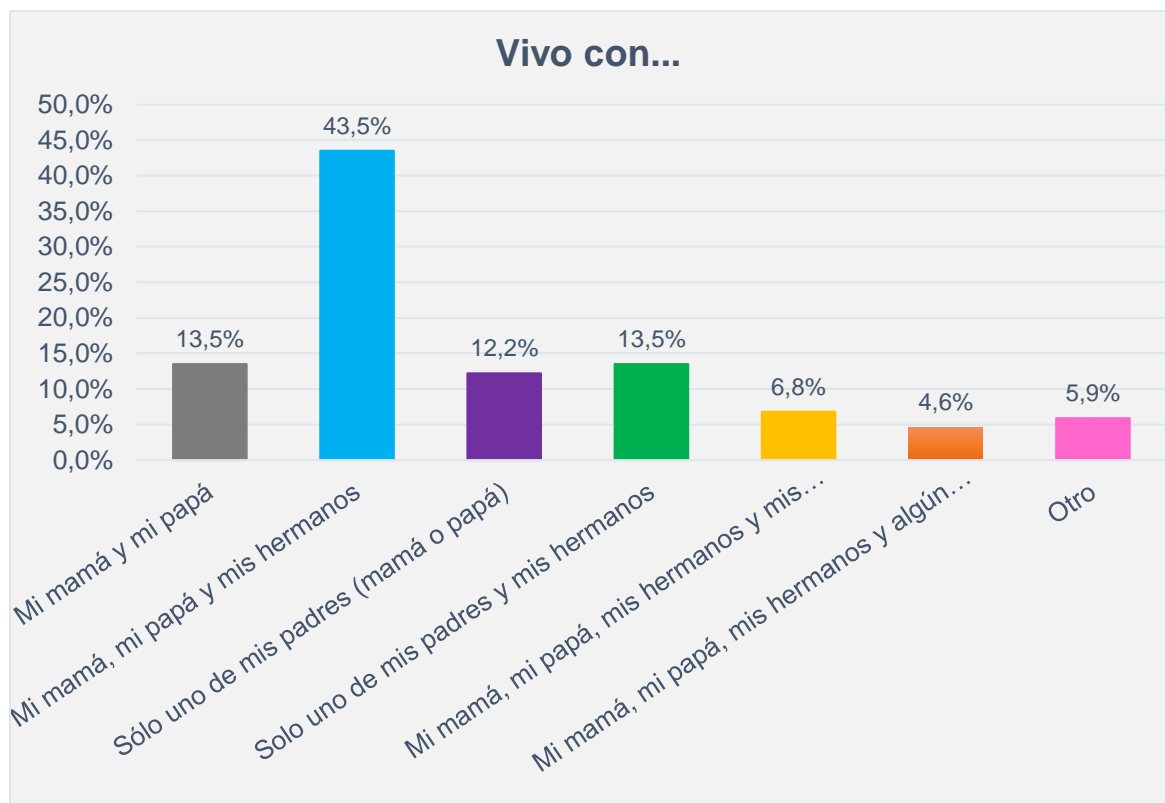


#### 4.1.2 Estructura familiar

Como se muestra en la Figura 4, la gran mayoría (n=103) vive con mamá, papá y hermano(s), y una minoría (n=11) reportó además vivir con algún otro familiar. Por otro lado un 5.5% dijo vivir con madrastra o padrastro y madre o padre, un 4.2% con padrastro, mamá y hermano(s) o medios hermanos; mientras que un .4% reportó vivir con otras personas como amigos y/o compañeros de escuela.

**Figura 4**

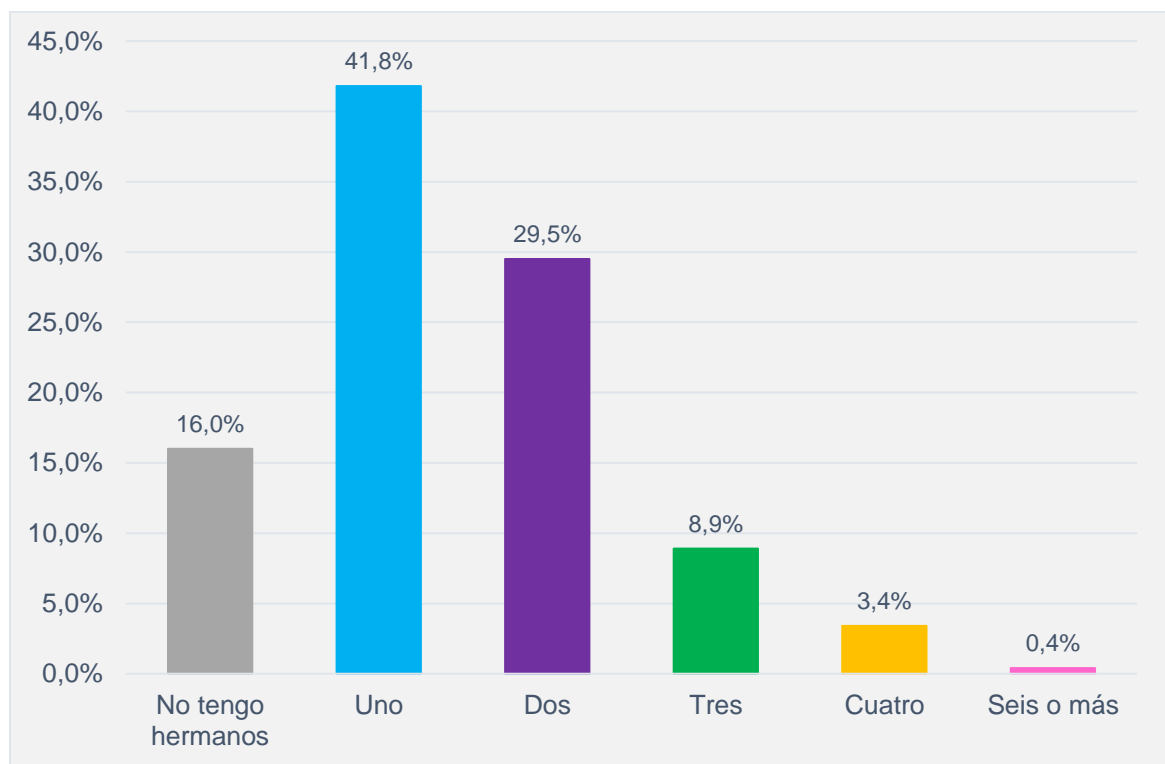
*Distribución de la muestra según su estructura familiar*



En la figura 5 se muestra que la mayoría de los adolescentes (n=99) dijo tener sólo un hermano, 70 de ellos dijeron tener dos, mientras que sólo un adolescente reportó tener seis o más.

**Figura 5**

*Distribución de la muestra según el número de hermanos*

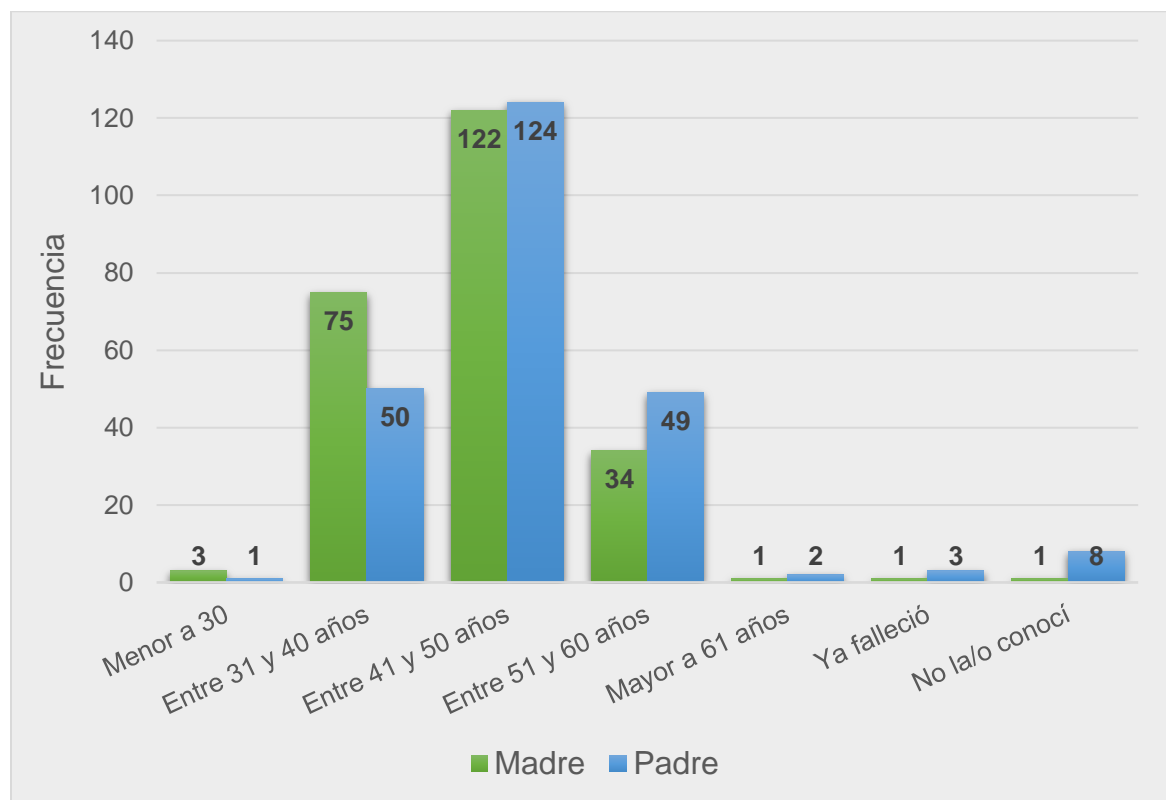


### 4.1.3 Edad, escolaridad y ocupación de los padres

En la Figura 6 se observa que la edad que sobresale tanto en la madre como en el padre está dentro del rango de 41 a 50 años, mientras que la minoría es mayor a 61 años. También se encuentran los datos de adolescentes que dijeron no conocer a mamá o papá y/o quienes ya fallecieron.

**Figura 6**

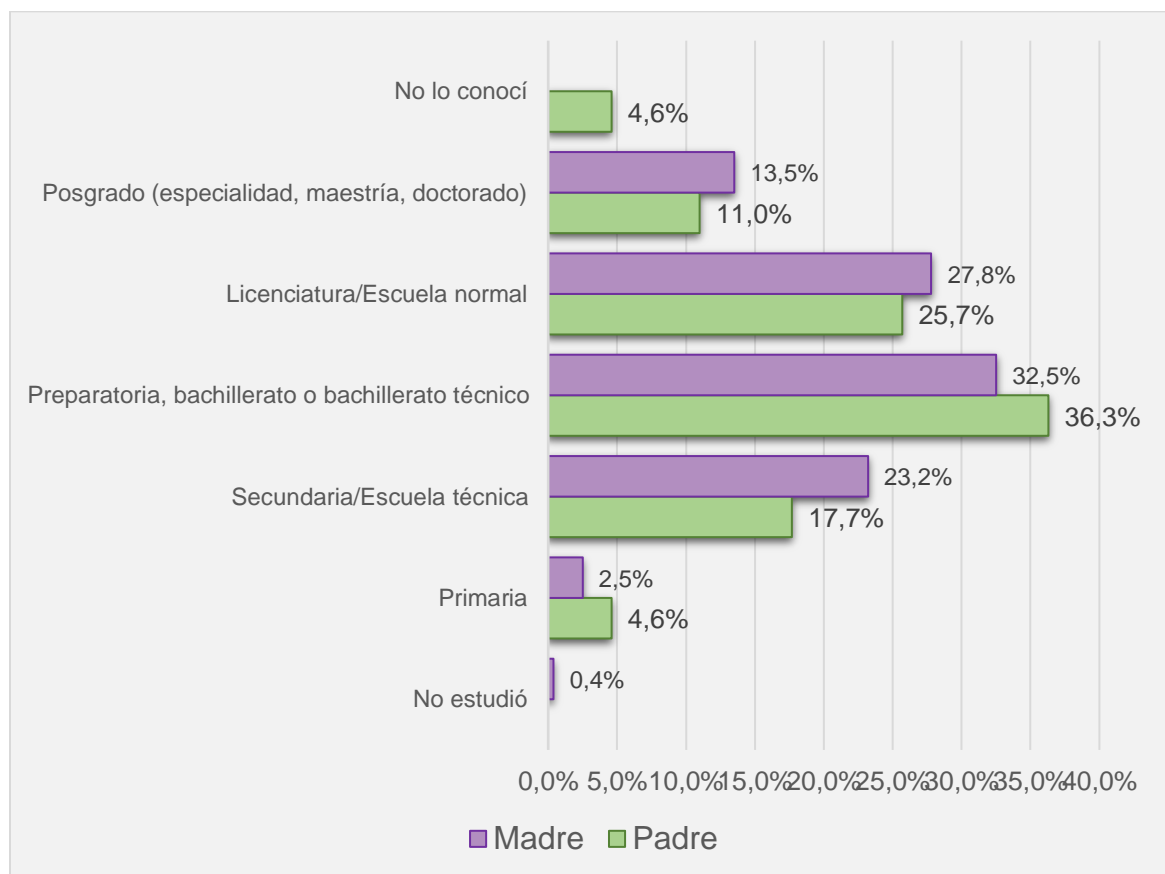
*Distribución de la muestra según la edad de los padres*



En cuanto al nivel de estudios de los padres, se puede observar en la Figura 7 que gran parte de la muestra reportó que tanto el padre (n=86) como la madre (n=77) tienen un nivel de estudios a nivel preparatoria, bachillerato o bachillerato técnico, seguida por licenciatura, escuela normal (n=61 y n=66 respectivamente).

**Figura 7**

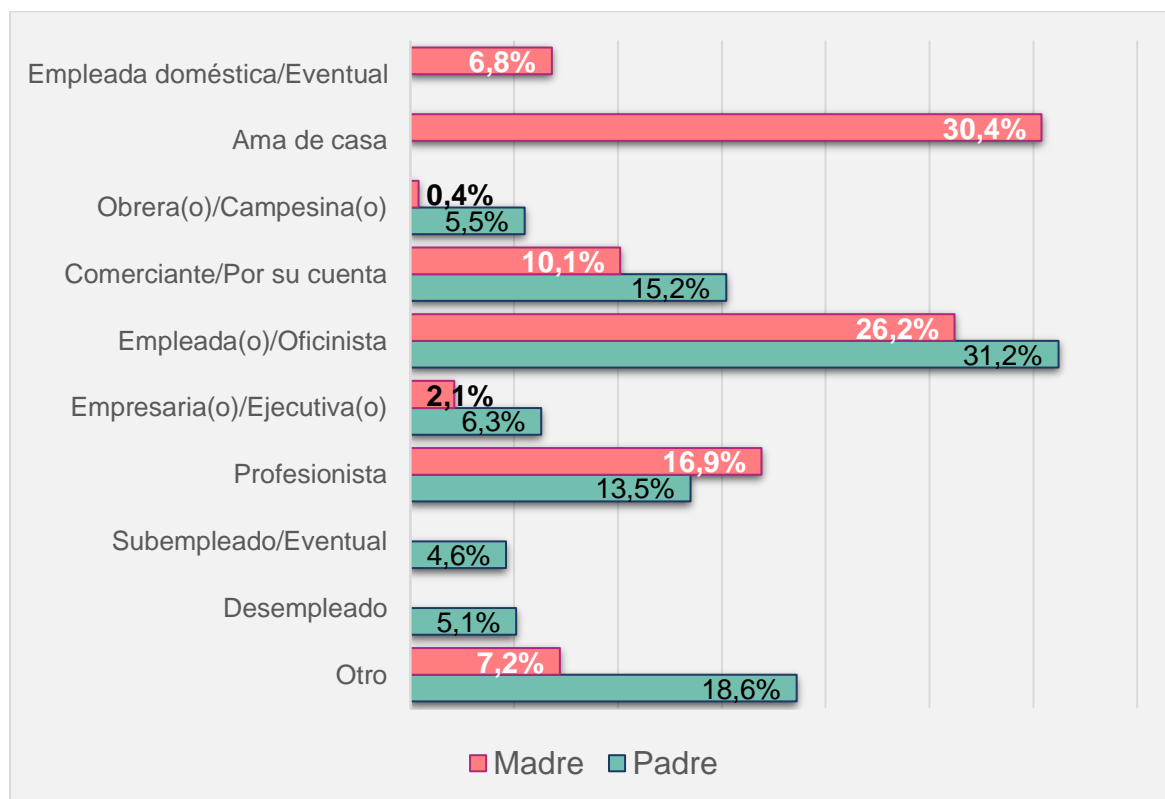
*Distribución de la muestra según el nivel de estudios de los padres*



En tanto a la ocupación de los padres (Figura 8), el mayor porcentaje de la muestra se encuentra en empleado/oficinista en el caso del padre, con una frecuencia de n=74; mientras que en el caso de la madre se encuentra en ama de casa (n=72), seguido por empleada/oficinista (n=62).

**Figura 8**

*Distribución de la muestra según la ocupación de los padres*



#### ***4.1.4 Estado civil de los padres e ingreso económico***

De acuerdo con los datos reportados por los adolescentes, se obtuvieron los porcentajes de 61,6% y 59,5% en casado(a) para el padre y la madre respectivamente; un porcentaje de 12,2% para el padre y 11,4% para la madre en divorciado(a)/separado(a), un 4,2% dijo que su padre era soltero y 9,7% que la madre era soltera; 1,3% reportó que la madre era viuda; en unión libre se obtuvo un 15,2% para el padre y un 16,5% para la madre; 3,8% respondió que su padre se volvió a casar y un 1,3% para el caso de la madre.

El último factor que se consideró en esta cédula sociodemográfica, fue el ingreso económico que gana la familia, donde un 87.3% de la muestra dijo recibir *suficiente*, un 11.4% reportó *poco*, un 0.4% *mucho* y un 0.8% *menos de lo necesario para vivir*.

#### **4.2 Análisis comparativo de los Factores Familiares, Riesgo Suicida y Motivos de Autolesión por sexo y edad**

Se evaluó si existían diferencias por sexo a través de la prueba T de Student (para muestras independientes) y por grupos de edad con ayuda de la prueba U de Mann Whitney (para muestras independientes) en el funcionamiento familiar, el riesgo suicida, sin embargo se utilizó únicamente la segunda prueba tanto para sexo como para edad en los motivos de autolesión ya que, como se verá más adelante, sólo algunas de las muestras fueron homogéneas, mientras que otras no. Es por ello que se habla de medias y medianas según el caso.

#### 4.2.1 Diferencia de los Factores familiares por sexo y edad

En la tabla 2 se muestra que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo, sin embargo las medias de los hombres son ligeramente mayores que en las mujeres.

**Tabla 2**

*Diferencias por sexo de los factores familiares*

Dimensión	Total		Hombres		Mujeres		<i>t</i>	<i>p</i>
	N=237		n=100		n=137			
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Cohesión	3.86	.68	3.91	.70	3.82	.67	.94	.35
Adaptabilidad	3.41	.42	3.44	.41	3.39	.44	.97	.33

En la siguiente tabla (Tabla 3) se muestra que el grupo de adolescentes de 13 a 15 años poseen las medianas más altas y estadísticamente significativas en ambos factores, cohesión y adaptabilidad.

**Tabla 3**

*Diferencias por edad de los factores familiares*

Dimensión	Total N=237	Edad		<i>z</i>	<i>p</i>
		13-15 n=86	16-18 n=151		
Cohesión	4.00	139.91	107.09	-3.55	.00
Adaptabilidad	3.40	133.01	111.02	-2.38	.02



#### 4.2.2 Diferencia del Riesgo suicida por sexo y edad

En la Tabla 4 se observa que las medias de las mujeres son mayores y estadísticamente significativas en las dimensiones *ideación suicida*, *dificultades personales*, *signos de alerta* y *malestar personal psicológico*.

**Tabla 4**

*Diferencia por sexo del riesgo suicida*

Dimensión	Total		Hombres		Mujeres		t	p
	N=237		n=100		n=137			
	M	DE	M	DE	M	DE		
Ideación Suicida	1.93	.94	1.78	.91	2.03	.94	-2.13	.03
Dificultades Personales	2.72	.81	2.51	.79	2.87	.79	-3.44	.00
Signos de Alerta	2.12	.52	2.03	.50	2.19	.53	-2.29	.02
Planeación e Intención Suicida	1.47	.60	1.43	.58	1.51	.62	-1.05	.29
Malestar Personal Psicológico	2.69	.72	2.54	.72	2.80	.71	-2.69	.01
Desesperanza	1.95	.99	1.85	1.03	2.02	.97	-1.33	.18

La Tabla 5 muestra que, contrario a los factores familiares, para el riesgo suicida las medianas de los adolescentes de 16 a 18 años son más altas y estadísticamente significativas en cinco de los seis factores.

**Tabla 5***Diferencia por edad del riesgo suicida*

Dimensión	Total N=237	Edad		z	p
		13-15 n=86	16-18 n=151		
Ideación Suicida	1.63	102.57	128.36	-2.79	.01
Dificultades Personales	2.67	104.26	127.39	-2.50	.01
Signos de Alerta	2.00	100.60	129.48	-3.14	.00
Planeación e Intención Suicida	1.33	114.61	121.50	-.77	.44
Malestar Personal Psicológico	2.71	94.45	132.98	-4.17	.00
Desesperanza	1.50	99.86	129.90	-3.28	.00

**4.2.3 Diferencia de los Motivos de autolesión por sexo y edad**

Se encontró que mientras las medianas son mayores para los hombres en los factores *autorregulación* y *autodominio*, en el resto de los factores son mayores para las mujeres, sin embargo estas diferencias no son estadísticamente significativas (Tabla 6).

**Tabla 6***Diferencia por sexo de los motivos de autolesión*

Dimensión	Total N=70	Sexo		z	p
		Hombres	Mujeres		
		n=13	n=57		
Autorregulación	1.00	39.35	34.62	-.77	.44
Venganza	.00	34.31	35.77	-.31	.76
Búsqueda de Sensaciones	.00	34.04	35.83	-.32	.75
Evitando el Suicidio	.67	34.19	35.80	-.26	.79
Manifestando Angustia	.67	28.42	37.11	-1.42	.16
Autodominio	.25	42.35	33.94	-1.39	.16
Embotamiento	.33	35.08	35.60	-.09	.93

En cuanto a los grupos de edad para los motivos de autolesión, la Tabla 7 muestra que las medianas más altas corresponden al grupo de 13 a 15 años en seis de los siete factores, excepto en el de *Autorregulación*. Sin embargo, solamente los factores *Venganza*, *Búsqueda de sensaciones* y *Autodominio* son estadísticamente significativas.

**Tabla 7***Diferencia por edad de los motivos de autolesión*

Dimensión	Total N=70	Edad		z	p
		13-15 n=16	16-18 n=54		
Autorregulación	1.00	33.19	36.19	-.53	.60
Venganza	.00	46.66	32.19	-3.25	.00
Búsqueda de Sensaciones	.00	43.91	33.01	-2.07	.04
Evitando el Suicidio	.67	40.25	34.09	-1.09	.28
Manifestando Angustia	.67	40.41	34.05	-1.12	.26
Autodominio	.25	49.03	31.49	-3.14	.00
Embotamiento	.33	43.06	33.26	-1.76	.08

#### 4.3 Análisis correlacional entre factores familiares y riesgo suicida

La tabla 8 muestra las correlaciones tipo Spearman entre las dimensiones de FACES e IRIS. Se observan relaciones negativas y estadísticamente significativas entre casi todas las variables excepto entre las dimensiones de *Adaptabilidad* (FACES 2) y *Signos de Alerta* (IRIS 3). Los coeficientes más elevados se encuentran en el área de *Cohesión* con todas las áreas de IRIS, en particular con la dimensión *Ideación Suicida*, cuyo coeficiente es el más alto de todos, con un nivel de significancia de 0.01. Cabe destacar que es la misma dimensión de IRIS con la que el área de *Adaptabilidad* presenta un mayor coeficiente con el mismo nivel de significancia. Las correlaciones más bajas se presentan entre la dimensión

*Signos de Alerta* con *Cohesión* y *Adaptabilidad*, sin embargo únicamente con *cohesión* es significativa, con un nivel de 0.05 de significancia.

**Tabla 8**

*Correlaciones bivariadas entre factores familiares y riesgo suicida*

	FACES 1	FACES 2	IRIS 1	IRIS 2	IRIS 3	IRIS 4	IRIS 5	IRIS 6
FACES 1	-							
FACES 2	.513**	-						
IRIS 1	-.390**	-.323**	-					
IRIS 2	-.304**	-.257**	.781**	-				
IRIS 3	-.135*	-.125	.499**	.463**	-			
IRIS 4	-.222**	-.141*	.696**	.564**	.556**	-		
IRIS 5	-.365**	-.264**	.722**	.810**	.603**	.563**	-	
IRIS 6	-.356**	-.300**	.861**	.813**	.517**	.615**	.789**	-

*Notas:* FACES 1=Cohesión, FACES 2=Adaptabilidad; IRIS 1=Ideación suicida, IRIS 2=Dificultades personales, IRIS 3= Signos de alerta, IRIS 4= Planeación e intención suicida, IRIS 5= Malestar personal psicológico, IRIS 6= Desesperanza.

#### **4.4 Análisis correlacional entre factores familiares y motivos de autolesión**

Dentro de la correlación realizada entre los factores de FACES e ISAS, como se muestra en la Tabla 9, se encontraron relaciones negativas entre los dos factores de FACES, *cohesión* y *adaptabilidad* con *autorregulación*, *venganza* y *evitando el suicidio* de ISAS, así como *autodominio* únicamente con *cohesión*; por otro lado fueron relaciones positivas con los factores *búsqueda de sensaciones*, *manifestando angustia* y *embotamiento*, al igual que *autodominio* sólo con *adaptabilidad*. El coeficiente más alto se encuentra entre

adaptabilidad y embotamiento, siendo la única estadísticamente significativa a un nivel de 0.05 de significancia.

**Tabla 9**

*Correlación entre factores familiares y motivos de autolesión*

	FACES 1	FACES 2	ISAS 1	ISAS 2	ISAS 3	ISAS 4	ISAS 5	ISAS 6	ISAS 7
FACES 1	-								
FACES 2	.554**	-							
ISAS 1	-.238*	-.103	-						
ISAS 2	-.053	-.147	.056	-					
ISAS 3	.117	.114	.181	.464**	-				
ISAS 4	-.065	-.009	.275*	.451**	.346**	-			
ISAS 5	.119	.191	.336**	.330**	.544**	.382**	-		
ISAS 6	-.033	.040	.189	.465**	.469**	.289*	.411**	-	
ISAS 7	.134	.263*	.370**	.352**	.552**	.356**	.538**	.388**	-

*Notas:* FACES 1=Cohesión, FACES 2=Adaptabilidad; ISAS 1= Autorregulación, ISAS 2= Venganza, ISAS 3= Búsqueda de sensaciones/fortaleza, ISAS 4= Evitando el suicidio, ISAS 5= Manifestando angustia, ISAS 6= Autodominio, ISAS 7= Embotamiento.

#### **4.5 Análisis correlacional entre riesgo suicida y motivos de autolesión**

De la misma manera, se realizó un análisis de correlación entre los factores de IRIS e ISAS (Tabla 10), en la que se encontró que el factor *autorregulación* de ISAS tuvo relaciones significativas positivas con seis de los siete factores de IRIS, con un nivel de significancia de .01, excepto con *planeación e intención suicida* cuya relación no fue significativa, *evitando el suicidio* se relacionó significativamente con los siete factores de

riesgo suicida, a un nivel de .05 con *dificultades personales y malestar personal psicológico*, y a un nivel de .01 con *ideación suicida, planeación e intención suicida, desesperanza y signos de alerta*. Este último además se relacionó significativamente a un nivel de .05 con *búsqueda de sensaciones/fortaleza* y un .01 manifestando *angustia*. Se puede observar también que *autodominio* tuvo una relación negativa con casi todos los factores de IRIS, sin embargo, ninguna de éstas fue estadísticamente significativa.

**Tabla 10**

*Correlación entre riesgo suicida y motivos de autolesión*

	IRIS 1	IRIS 2	IRIS 3	IRIS 4	IRIS 5	IRIS 6	ISAS 1	ISAS 2	ISAS 3	ISAS 4	ISAS 5	ISAS 6	ISAS 7
IRIS 1	-												
IRIS 2	.678**	-											
IRIS 3	.418**	.239*	-										
IRIS 4	.620**	.281*	.513**	-									
IRIS 5	.680**	.764**	.467**	.506**	-								
IRIS 6	.852**	.688**	.367**	.615**	.780**	-							
ISAS 1	.525**	.492**	.347**	.229	.554**	.442**	-						
ISAS 2	.081	-.018	.040	.184	.045	.116	.056	-					
ISAS 3	.050	-.041	.280*	.189	.034	-.017	.181	.464**	-				
ISAS 4	.360**	.246*	.349**	.492**	.296*	.322**	.275*	.451**	.346**	-			
ISAS 5	.105	.124	.335**	.125	.219	.076	.336**	.330**	.544**	.382**	-		
ISAS 6	-.161	.013	-.177	-.049	-.014	-.110	.189	.465**	.469**	.289*	.411**	-	
ISAS 7	.064	.068	.234	.013	.000	.002	.370**	.352**	.552**	.356**	.538**	.388**	-

*Notas:* IRIS 1=Ideación suicida, IRIS 2=Dificultades personales, IRIS 3= Signos de alerta, IRIS 4= Planeación e intención suicida, IRIS 5= Malestar personal psicológico, IRIS 6= Desesperanza; ISAS 1= Autorregulación, ISAS 2= Venganza, ISAS 3= Búsqueda de sensaciones/fortaleza, ISAS 4= Evitando el suicidio, ISAS 5= Manifestando angustia, ISAS 6= Autodominio, ISAS 7= Embotamiento.

## CAPÍTULO 5

### Discusión y Conclusiones

---

La población está conformada en su mayoría por adolescentes, como señala la OMS (2019) una de cada seis personas se encuentra en esta etapa, etapa en la que se presentan múltiples cambios físicos, emocionales y sociales que generan estrés en el ser humano aumentando la probabilidad de que surjan conflictos o dificultades (Arranz, 2004), que a su vez conllevan a un aumento de conflictos dentro de la dinámica familiar (Parra y Oliva, 2002; Arranz, 2004). La dinámica familiar se ve afectada por conductas de riesgo de cualquier miembro de la misma, sin embargo, se resaltan las conductas de los adolescentes mismos, ya que 3 mil de ellos mueren a diario, ocupando el suicidio el tercer lugar entre las causas de muerte y las autolesiones el quinto entre las causas de enfermedad (Santiago y Torres, 2019), con un estimado de 62,000 adolescentes fallecidos en 2016 a causa de las autolesiones (OMS, 2019).

Las razones para el comportamiento autolesivo se pueden clasificar como interpersonales e intrapersonales (Grandclerc, et al., 2016) que pueden estar relacionados con un síntoma de varios trastornos psiquiátricos o psicológicos; y uno de los determinantes de la salud mental de los adolescentes es la calidad de su vida doméstica (Grandclerc, et al., 2016; OMS, 2019).

Es por ello que el objetivo de este estudio fue analizar cuáles factores familiares se relacionaban con las conductas suicidas que presentan los adolescentes escolarizados de 13 a 18 años, tomando al riesgo suicida y a los motivos de autolesión como parte del comportamiento suicida.



Como parte de los análisis se indagó en primer lugar la integración de la muestra, donde se recabó un porcentaje mayor de mujeres y de adolescentes de 18 años de edad, lo cual puede ser debido a que la población total de México tiene un porcentaje ligeramente más elevado en mujeres (51.3%) que en hombres (48.7) según la INEGI (2018), más de la mitad de la muestra reside en la Ciudad de México, en las características sociodemográficas de los adolescentes los resultados señalan que la mayoría viven en familias nucleares, como lo muestran los resultados de INEGI (2018), un 62.5% del total de tipos de hogar de 2500 habitantes y más lo conforma la familia nuclear.

Otros de los datos que se consideraron fue el nivel de estudios, la ocupación, el estado civil de los padres, así como el ingreso económico, ya que como menciona Benitez (2017), es imposible hablar de familia como organismo aislado del entorno económico, social y de su escenario histórico. Los resultados arrojaron que un mayor porcentaje, tanto padre como madre, tienen un nivel medio superior, seguida por un nivel superior; para la ocupación, la mayoría de los adolescentes reportaron que su madre es ama de casa y el padre empleado/oficinista, de la misma manera en que la mayoría reportó que mamá y papá son casados, todo esto es importante de acuerdo con Goossens (2016) y Stella (2012), quienes nos dicen que el comportamiento adolescente se determina en mayor grado por la convivencia con sus progenitores y en este caso la convivencia en casa se da en mayor medida con la figura materna que con la paterna, lo cual coincide con el estudio de Parra y Oliva (2012) donde se encontró que tanto hombres como mujeres se comunicaban más con la madre que con el padre. En cuanto al ingreso económico más de la mitad de las familias ganan suficiente dinero para vivir.

En segundo lugar, dentro de los análisis comparativos, de los factores familiares, el riesgo suicida y los motivos de autolesión en los adolescentes respecto al sexo y la edad no

existe diferencia significativa en cuanto a la cohesión y la adaptabilidad que reportan hombres y mujeres dentro de sus familias, lo que coincide con los datos de Santiago y Torres (2019) quienes encontraron que la cohesión con los progenitores no se asocia con la conducta de riesgo del adolescente. Sin embargo, cabe destacar que las medias de los hombres son ligeramente más altas que las de las mujeres, lo cual señala que son los hombres quienes presentan mayor cohesión y adaptabilidad con sus familias. Del análisis de diferencia por grupos de edad se observa que sí hubo una diferencia significativa con una mediana mayor en el grupo de 13 a 15 años, siendo estos adolescentes más cercanos a su familia, resultados que pueden coincidir con Kerig y Schulz (2012), quienes apuntan que el final de la adolescencia se caracteriza por la búsqueda de autosuficiencia, es decir, dependen en menor medida de sus progenitores.

Por otro lado, las diferencias del riesgo suicida por sexo señalan que las mujeres presentan en mayor medida rasgos de riesgo suicida como ideación, dificultades personales, signos de alerta y malestar personal psicológico que los hombres, contrario a los datos que proporcionó el INEGI en 2019 en el que eran los hombres quienes más destacaron en riesgo de suicidio; a nivel general, son las dificultades personales y el malestar personal psicológico los rasgos con mayor puntuación. Para los grupos de edad son los adolescentes de 16 a 18 años quienes presentan mayor riesgo suicida en cinco de los seis factores (exceptuando la planeación e intención suicida), fenómeno que, como lo mencionan Hernández y Flores (2011), se presenta sobre todo en jóvenes en edades de 15 a 35 años.

Para la diferencia en los motivos para provocarse autolesiones que reportaron hombres y mujeres variaron dependiendo del factor, pero ninguna fue significativa. Cabe resaltar que la mediana más alta en la muestra total se presentó en autorregulación, lo cual concuerda con Grandclerc, et al. (2016) quienes reportan que una las razones que dan los

adolescentes para autolesionarse son la búsqueda de alivio de efectos negativos. Por el lado de los análisis por grupos de edad, se encontró que los adolescentes de 13 a 15 años son quienes presentaron medianas significativamente más altas en los factores de venganza, búsqueda de sensaciones/fortaleza y autodominio, tal como Omicrono (2013) describe seis motivantes entre los que se encuentran el auto castigo y para asumir control sobre situaciones que sobrepasan a la persona.

Posteriormente con los análisis de correlación entre factores familiares y riesgo suicida, se entiende que a menor cohesión y adaptabilidad dentro de la familia, mayor presencia de riesgos suicidas hay en los adolescentes, pues con base en lo revisado, un mayor vínculo emocional y habilidad para generar cambios en el entorno familiar lleva consigo una buena comunicación (Neciosup, 2020; Olson, 1999), teniendo estas dos dimensiones presentes en el entorno familiar disminuyen las posibilidades de presentar factores de riesgo suicida.

Se encontraron las puntuaciones más altas en ideación suicida, malestar personal psicológico y desesperanza, lo que empata con los datos del estudio de Franco, et al. (2020), que nos dicen que a mayor apoyo social percibido por los adolescente menor ideación suicida; y con Lucio y Hernández (2016) en cuanto a que el riesgo suicida adolescente parte de la interacción de los procesos individuales en interacción con macro procesos teniendo como uno de los mediadores al ambiente familiar, así como con Benjet et al. (2019) que encontró relaciones entre problemáticas familiares con una mayor probabilidad de pensamientos suicidas.

Las dirección de las correlaciones encontradas entre factores familiares y motivos de autolesión son variadas, se entiende que a mayor cohesión y adaptabilidad dentro de la

familia, menor presencia de autolesiones como medio de autorregulación, venganza y para evitar el suicidio, y por otro lado se tiene que aun cuando ambos factores familiares están presentes, también lo están las lesiones con el objetivo de buscar sensaciones o fortaleza, para manifestar angustia y por embotamiento. Es importante mencionar a las lesiones que se realizan como método para demostrar autodominio, pues éstas disminuyen cuando la cohesión aumenta pero incrementa a la vez que la adaptabilidad lo hace. Sin embargo todas estas relaciones no son significativas. Resultados contrarios a los obtenidos por diversos autores (Baetens et al., 2014; Martin et al., 2016; Agüero, et al., 2018; Belletich, et al., 2019; Benjet et al., 2019), quienes nos dicen que los conflictos o eventos adversos en la familia como la falta de comunicación, falta de tiempo de calidad, padres no casados o fallecidos, control conductual y psicológico por parte de los progenitores, etc. llegan a ser desencadenantes de comportamiento autolesivo no suicida.

Por último, en el análisis correlacional que se realizó entre riesgo suicida y motivos de autolesión, encontramos en su mayoría correlaciones positivas, aunque las negativas no son significativas. Se entiende entonces que los y las adolescentes reportan autolesionarse para evitar el suicidio cuando existen ideas suicidas, dificultades personales, signos de alerta, planeación e intención suicida, malestar personal psicológico y desesperanza, es decir que las autolesiones son un método para evitar dar el siguiente paso que es la consumación del suicidio; otro de los motivos para causarse lesiones que arrojan los resultados es la autorregulación, la cual se realiza en presencia de casi todos los factores de riesgo suicida ya mencionados, excepto con planeación e intención suicida, justo como en el estudio de Agüero, et al. (2018) en el que se encontró que la motivación más frecuente para las autoagresiones fue la regulación emocional, y como Belletich, et al. (2019) que lo

mencionan como un mecanismo compensador o de autorregulación que les permite adaptarse mejor al entorno. Cabe mencionar que uno de los signos de alerta otorgados por el instrumento es la presencia de autolesiones, por lo que además de relacionarse significativamente con autorregulación y evitando el suicidio, también se relaciona con búsqueda de sensaciones o fortaleza y con manifestando angustia, es decir que los y las jóvenes se generan lesiones para sentirse más fuertes o para hacer visible el dolor emocional, similar a lo mencionado por Henao (2017) sobre realizar autolesiones como medio para dar un sentido a la vida y nuevamente por Agüero et al. (2018) en cuyo estudio se demostró que entre los motivos de los adolescentes para realizarse lesiones estaba llamar la atención y la búsqueda de ayuda.

Se puede concluir que la familia funciona como un factor protector de los adolescentes en cuanto a la presencia de indicadores de riesgo suicida, pero no así con las autolesiones, pues pese a que no todos aceptan autolesionarse, sabemos que al menos en nuestra población, la familia no tiene una relación significativa con la realización de las mismas, sin embargo algunas de las conductas autolesivas están relacionadas con todos los factores que indican riesgo suicida. Esto último da señal de que las posibles causas de las autolesiones en estos adolescentes se encuentre fuera del ambiente familiar, lo que da pauta a indagar en el ambiente escolar y social de éstos.

Una de las limitaciones que tuvo el presente proyecto fue que la aplicación de la batería se vio en la necesidad de ser adaptada a un formato en línea debido a la problemática de salud mundial (COVID-19) que se vivía en el momento de la práctica, dado que no hubo manera de asistir a escuelas. Lo que trajo como consecuencia un bajo control en la

obtención de datos entrantes, es decir, el número de mujeres que rebasó al de hombres y el de adolescentes de 16 a 18 años que superaron por mucho al de 13 a 15 años.

Además, no hay que descartar dicha situación de pandemia que forzó a la población en general a permanecer en aislamiento y a modificar diversos aspectos nuestra vida, ya que quizás fue otro posible factor desestabilizante para los participantes de esta investigación. Hecho por el cual se recomienda investigar sobre la prevalencia de autolesiones y riesgo suicida con relación a las consecuencias psicológicas que trajo consigo la pandemia.

## Referencias

- Agudelo, M. E. (2005). Descripción de la dinámica interna de las familias monoparentales, simultáneas, extendidas y compuestas del municipio de Medellín, vinculadas al proyecto de prevención temprana de la agresión. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3(1), 1-19.
- Agudelo, M. E. (2008). Dinámica familiar y salud mental de niños y adolescentes en familias que han vivido la separación de los padres. *Revista Facultad de Trabajo Social*, 24(24), 47-65.
- Agüero, G., Medina, V., Obradovich, G. y Berner, E. (2018). Comportamiento autolesivo en adolescentes. Estudio cualitativo sobre características, significados y contextos. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 116(6), 394-401.
- Albores-Gallo, L., Méndez-Santos, J. L., García, A. X., Delgadillo-González, Y., Chávez-Flores, C. I. y Martínez, O. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México, *Actas Especiales de Psiquiatría*, 42(4), 159-168.
- Alpízar, L. (2017). Conductas autodestructivas y las drogas. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(2), 256-274. doi: 10.21501/24631779.2444
- Andolfi, M. y Mascellani, A. (2010). *Historias de la adolescencia*. España. Gedisa.
- Arranz, E. (2004). *Familia y desarrollo psicológico*. España: Pearson. Recuperado de: [https://psicologiasantacruz.com/wp-content/uploads/2019/07/familia\\_y\\_desarrollo\\_psicologico\\_rinconmedico.net\\_.pdf](https://psicologiasantacruz.com/wp-content/uploads/2019/07/familia_y_desarrollo_psicologico_rinconmedico.net_.pdf)
- Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. (2010). *Protocolos Clínicos*. España: Editorial Siglo.
- Baetens, I., Claes, L., Martin, G., Onghena, P., Grietens, H., Leeuwen, K. V., ... , Griffith, J. W. (2014). Is Nonsuicidal Self-Injury Associated with Parenting and Family Factors?. *Journal of Early Adolescence*, 34(3), 387-405.

- Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S. & Newman, C. F. (1993). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*(2), 343-352.
- Belletich, J., Céspedes, D., Díaz, N. y Pumapillo, M. (2019). Autolesión: cicatrizando almas. *Educación, 25*(2), 175-192.
- Benítez, M. E. (2017). La familia: Desde lo tradicional a lo discutible. *Novedades en Población, 26*, 58-68.
- Benjet, C., Gutiérrez-García, R. A., Abrego-Ramírez, A., Borges, G., Covarrubias-Díaz, A., Durán, M. S., González-González, R., Hermosillo-de la Torre, A. E., Martínez-Martínez, K. I., Medina-Mora, M. E., Mejía-Zarazúa, H., Pérez-Tarango, G., Zavala-Berbena, M. A. & Mortier, P. (2019). Psychopathology and self-harm among incoming first-year student in six Mexican universities. *Salud Pública de México, 61*(1), 16-26.
- Bezanilla, M. J., Poblete, M., Fernández, D., Arranz, S. y Campo, L. (2018). El Pensamiento Crítico desde la Perspectiva de los Docentes Universitarios. *Estudios Pedagógicos, XLIV*(1), 89-113.
- Boeninger, D. K. & Conger, R. D. (2012). Risk and Protective Factors for Suicidality during the Transition to Adulthood. Parenting, Self-Regulatory Processes, and Successful Resolution of Stage-Salient Tasks. En P. K. Kerig, M. S. Schulz & S. T. Hauser (Eds.), *Adolescence and Beyond: Family Processes and Development* (pp. 43-63). Oxford, Inglaterra; Oxford Scholarship Online. doi: 10.1093/acprof:oso/9780199736546.001.0001
- Bolio, A. P. (2012). Husserl y la fenomenología trascendental: Perspectivas del sujeto en las ciencias del siglo XX. *Reencuentro, (65)*, 20-29.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública de México, 52*(4), 292-304.



- Borges, G., Orozco, R., Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C. & Díaz-Salazar, J. (2019). Suicide ideation and behavior in Mexico: Encodat 2016. *Salud Pública de México*, 61(1), 6-15
- Bromfenbrenner, U. (1944). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Camacho, J. L. (1999). *Prevención del suicidio* (Tesis de pregrado). UNAM, México.
- Castro, E., Benjet, C., Juárez, F., Jurado, S., Lucio, M. E. y Valencia, A. (2016). Adaptación y propiedades psicométricas del Inventory of Statements About Self-injury en estudiantes mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 6, 2544-2551.
- Cuesta-Revé, D. (2017). Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Revista Mexicana de Pediatría*, 84(2), 72-77.
- Demarchi, G., Aguirre, M., Yela, N. y Viveros, E. (2015). Sobre la dinámica familia. Revisión documental. *Cultura, Educación y Sociedad*, 6(2), 117-138.
- DeVille, D. C., Whalen, D., Breslin, F. J., Morris, A. S., Khalsa, S. S., Paulus, M. P. & Barch, D. M. (2020). Prevalence and family-related factors associated with suicidal ideation, suicide attempts, and self-injury in children aged 9 to 10 years. *Jama Network Open*, 3(2), 1-11.
- Fleta, J. (2017). Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*, 47(2), 37-45.
- Franco, B. I., Mendieta, Z., Juárez, N. E. & Castrejón, R. (2020). Ideación suicida y su asociación con el apoyo social percibido en adolescentes. *Atención Familiar*, 27(1), 11-16.
- Gallego, A. M. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Católica del Norte*, 35. 326-345.
- García, M., Méndez, M. P., Rivera, S. y Peñaloza, R. (2017). Escala de funcionamiento familiar: Propiedades psicométricas modificadas en una muestra mexicana. *Revista Iberoamericana de Psicología issn-l: 2027-1786*, 10(1), 19-27.

- Gatta, M., Dal Santo, F., Rago, A., Spoto, A. & Battistella, P. A. (2016). Alexithymia, impulsiveness, and psychopathology in nonsuicidal self-injured adolescents. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2307-2317.
- Gómez, A. S., Núñez, C., Agudelo, M. P. y Grisales, A. M. (2020). Riesgo e ideación suicida y su relación con la impulsividad y la depresión en adolescentes escolares. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 54(1), 147-163. doi: 10.21865/RIDEP54.1.12
- González, C., Ramos, L., Marino, M. C. y Pérez, E. (2002). Vidas en riesgo: Conducta suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 48(1-4), 74-84.
- González-Forteza, C., Solís, C., Jiménez, A., Hernández, I., González-González, A., Juárez, F., Medina-Mora, M. E. y Fernández-Varela, H. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 34(1), 53-59.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., Bermúdez, P. y Amador, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25(6), 1-12.
- Goossens, L. (2016). Theories of adolescence. En S. Jackson & L. Goossens (Eds.), *Handbook of Adolescent Development* (w/p). Psychology Press.
- Grandclerc, S., De Labrouhe, D., Spodenkiewicz, M., Lachal J. & Moro, M. R. (2016). Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: a systematic review. *PLoS ONE*, 11(4), 1-15.
- Guerrero, J. E. (2011). *Características de la familia con adolescentes que presenten conducta antisocial* (Tesis de pregrado). UNAM, México.
- Guibert, W. y Torres, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 452-460.

- Gulbas, L. E., Guz, S., Hausmann-Stabile, C., Szlyk, H. S. & Zayas, L. H. (2019). Trajectories of well-being among Latina adolescents who attempt suicide: a longitudinal qualitative analysis. *Qualitative Health Research*, 29(12), 1766-1780.
- Gutiérrez, R., Díaz, K. Y. y Román, R. P. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia Ergo. Sum*, 23(3), 1-17. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/104/10448076002/10448076002.pdf>
- Guvendeger, N., Zahmacioglu, O., Ciftci, A., Kocaman, G. M. & Erdogan, A. (2017). Association of suicide attempts and non-suicidal self-injury behaviors with substance use and family characteristics among children and adolescents seeking treatment for substance use disorder. *Substance Use & Misuse*, 52(5), 604-613. doi: 10.1080/10826084.2016.1245745
- Handayani, Setiawan & Dhyah (2019). Individual adaptation based on family development stage. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 287, 185-189.
- Henao, M. C. (2017). *Sentido de las autolesiones en la adolescencia desde una perspectiva humanista-existencial* (Tesis de pregrado). Corporación Universitaria Minuto de Dios, Colombia.
- Hernández-Bringas, H. H. y Flores-Arenales, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de Población*, 68, 69-101.
- Hernández-Cervantes, Q. y Lucio, E. L. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 45-52.
- Hernández, R., Fernández, C y Baptista, M. P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Instituto Nacional de Estadística (19 de diciembre de 2019). *Defunciones según la Causa de Muerte* 2018. <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p417/a2018/&file=01001.px&L=0>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). *Mujeres y Hombres en México 2018*. Recuperado de [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/MHM\\_2018.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2018.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). *Población*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/>
- Iturrieta, S. (2001). *Conflictos familiares, ¿cómo resolverlos?*. Universidad Católica del Norte: Chile.
- Jenkins, D. (2005). *Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Kerig, P. K. & Schulz, M. S. (2012). The transition from adolescence to adulthood: What lies beneath and what lies beyond. En P. K. Kerig, M. S. Schulz & S. T. Hauser (Eds.), *Adolescence and Beyond: Family Processes and Development* (pp. 3-12). Oxford, Inglaterra; Oxford Scholarship Online. doi: 10.1093/acprof:oso/9780199736546.001.0001
- Lockwood, J., Daley, D., Townsend, E. & Sayal, K. (2017). Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 387-402. doi: 10.1007/s00787-016-0915-5
- López, M. C. (2007). Identidad lateral. Un concepto de la fenomenología. *Berceo*, (153), 97-129.
- Lucio-Gómez, E. y Hernández-Cervantes, Q. (2016). El estudio de la personalidad en el tratamiento y prevención del suicidio en la población adolescente. En I. Levav (Ed.), *Prevención de la conducta suicida* (pp. 78-86). Organización Mundial de la Salud. [https://www.researchgate.net/publication/308097031\\_El\\_estudio\\_de\\_la\\_personalidad\\_en\\_el\\_tratamiento\\_y\\_prevenccion\\_del\\_suicidio\\_en\\_la\\_poblacion\\_adolescente](https://www.researchgate.net/publication/308097031_El_estudio_de_la_personalidad_en_el_tratamiento_y_prevenccion_del_suicidio_en_la_poblacion_adolescente)
- Mackay, R., Franco, D. E. y Villacis, P. W. (2018). El pensamiento crítico aplicado a la investigación. *Universidad y Sociedad*, 10(1), 336-342. Recuperado de <http://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus>

- Martin, J., Bureau, J-F., Yurkoski, K., Renaud, T., Lafontaine, M-F. y Cloutier, P. (2016). Family-based risk factors for non-suicidal self-injury: Considering influences of maltreatment, adverse family-life experiences, and parent-child relational risk. *Journal of Adloescence*, 49, 170-180.
- Mayer, P. A., Morales, N., Victoria, G. y Ulloa, R. E. (2016). Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial. *Salud Pública de México*, 53(3), 335-336.
- Mendoza-Solís, L. A., Soler-Huerta, E., Sainz-Vázquez, L., Gil-Alfaro, I., Mendoza-Sánchez, H.F. y Pérez-Hernández, C. (2006). Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar*, 8(1), 27-32.
- Mendoza, M. (2019). *Violencia intrafamiliar y conducta suicida en adolescentes* (Tesis de pregrado). Universidad Latina, México.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Gedisa: México.
- Mondragón, L., Borges, G. y Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: Estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24(6), 4-15.
- Morales, J. F. (1978). La teoría del intercambio social desde la perspectiva de Blau. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (4), 129-146.
- Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N. y Perales, A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(4), 239-246.
- Naessens, H. (2015). *Comparación entre dos autores del pensamiento crítico: Jacques Boisvert y Richard Paul-Linda Elder*. En Universidad Autónoma del Estado de México (Ed.), *Temas de historia y Discontinuidad Sociocultural en México* (pp. 207.225).
- National Institute of Mental Health. (n.d.). *El Suicidio en los Estados Unidos: preguntas frecuentes*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/el-suicidio-en-los-estados-unidos/index.shtml>

- National Institute of Mental Health. (n.d.). *Suicide*.  
<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide.shtml>
- National Institute of Mental Health. (n.d.). *Suicide Prevention*.  
<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention/index.shtml>
- Neciosup-Tomé, V. D. (2020). Variables clínicas asociadas a Adaptabilidad y Cohesión familiar en pacientes con lesión medular. *Interacciones*, 6(1), 1-6.  
<http://dx.doi.org/10.24016/2020.v6n1.212>
- Ochoa, P. (2009). *Composición y funcionalidad familiar en pacientes con intento de suicidio que acuden al servicio de urgencias del hospital general de Cunduacán, de la jurisdicción sanitaria 06 de enero a diciembre del 2007* (Tesis de posgrado). UNAM, México.
- Olson, D. H. (1999). Circumplex Model of Marital & Family Systems. *Journal of Family Therapy*.  
<https://www.uwagec.org/erurfamilies/ERFLibrary/Readings/CircumplexModelOfMaritalAndFamilySystems.pdf>
- Omicrono. (16 de octubre de 2013). *Autolesiones ¿por qué lo hacen?*.  
[https://www.elespanol.com/omicrono/tecnologia/20131016/autolesiones-hacen/14248709\\_0.html](https://www.elespanol.com/omicrono/tecnologia/20131016/autolesiones-hacen/14248709_0.html)
- Oppenheimer, C. W., Stone, L. B. & Hankin, B. L. (2018). The influence of family factors on time to suicidal ideation onsets during the adolescent developmental period. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 72-77.
- Organización Mundial de la Salud. (2 de septiembre de 2019). *Suicidio*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (23 de octubre de 2019). *Salud mental del adolescente*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones*. Organización Mundial de la Salud.

- Palmer, E., Welsh, P. & Tiffin, P. A. (2016) Perceptions of family functioning in adolescents who self-harm. *Journal of Family Therapy*, 38, 257-273. doi: 10.1111/1467-6427.12069
- Parra, A. y Oliva, A. (2002). Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. *Anales de psicología*, 18(2), 215-231.
- Pérez, F. (2004). El medio social como estructura psicológica. Reflexiones a partir del modelo ecológico de Bromfenbrenner. *EduPsykhé. Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 3(2), 161-177.
- Platas-Vargas, E. C., Méndez-Durán, A., Pérez-Aguilar, G. y López-Ocaña, L. R. (2018). Registro de intentos suicidas en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Gaceta Médica*, 115(3), 105-111
- Ponce, E. R., Gómez, F. J., Terán, M., Irigoyen, A. E., Landgrave, S. (2002). Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Atención Primaria*, 30(10), 624-630.
- Puello, M., Silva, M. y Silva, A. (2014). Límites, reglas, comunicación en familia monoparental con hijos adolescentes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 10(2), 225-246.
- Quintero, A. A. (2019). *Alteraciones de la comunicación que generan impacto en la dinámica familiar en pacientes con hipoacusia en centro médico ISSEMYM Ecatepec* (Tesis doctoral). UNAM, México.
- Ramírez, R. A. (2015). Percepción de apoyo social en adolescentes de contextos múltiples. En Barcelata, B. E. (Ed.), *Adolescentes en riesgo. Una mirada a partir de la resiliencia* (pp. 85-108). México: Manual Moderno.
- Ramírez, R. P. (1995). *Análisis del concepto de familia desarrollado por Salvador Minuchin en terapia familiar sistémica estructural* (Tesis de pregrado). UNAM, México.
- Rivera, M. E. y Andrade, P. (2010). Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.). *Revista de Psicología*, 14, 12-29.

- Rizo, M. (2004). El interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto. Hacia un nuevo concepto de comunicación. *Portal de la comunicación*, 1-20.
- Robles, J. I., Acinas, M.P. y Pérez-Íñigo, J.L. (2013). *Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida*. España: Editorial Síntesis.
- Salas, F. G. (2018). Caracterización de factores implicados en las conductas de riesgo en adolescentes. *Revista ABRA*, 38(56), 1-16.
- Santiago, A. D. y Torres, M. C. P. (2019). Conductas de riesgo y dinámica familiar del adolescente y la de sus padres. *Hacia la promoción de la Salud*, 24(2), 17-31. doi: 10.17151/hpsal.2019.24.2.3
- Shain, B. (2016). Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *American Academy of Pediatrics*, 138(1), 1-12.
- Silva, G. (2008). La teoría del conflicto. Un marco necesario. *Prolegómenos. Derechos y Valores*, XI(22), 29-43.
- Stella, N. (Ed.). (2012). *Adolescencia. Manual Clínico. Manejo Integral de Adolescentes con Enfoque de Derechos*. Asunción, Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- Ulloa, R. E., Contreras, C., Paniagua, K. y Victoria, G. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Mental*, 36(5), 417-420.
- UNICEF (2018). *La mitad de los adolescentes del mundo sufre violencia en la escuela* (comunicado de prensa).
- Urteaga, E. (2009). La teoría de sistemas de Niklas Luhmann. *Contrastes, Revista Internacional de Filosofía*, XV, 301-317.
- Vega, N. (10 de enero de 2018). *Presión social en la adolescencia ¿Debo preocuparme si la conducta de mi hijo ha cambiado?*. <https://blog.cognifit.com/es/presion-social-adolescencia/>



- Victor, S. E., Hipwell, A. E., Stepp, S. D. & Scott, L. N. (2019). Parent and peer relationships as longitudinal predictors of adolescent non-suicidal self-injury onset. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13(1), 1-13.
- Walsh, B. W. (2005). *Treating self-injury: A practical guide*. New York: The Guilford press.
- World Health Organization. (10 October 2019). *Suicide prevention*. [https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_2)
- Zehbrauskaz, A. y Chambers, O. (2018). *Los adolescentes de Honduras sufren violencia y acoso en las escuelas* (Informe UN0231995). Recuperado del sitio de internet de la UNICEF, ensayos fotográficos: <https://www.unicef.org/es/historias/los-adolescentes-de-honduras-sufren-violencia-y-acoso-en-las-escuelas>